Señor Academico

Dr. E. E. del Arca

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

La Nefrorrafia

EN EL

TRATAMIENTO DEL RIÑON MOVIBLE

TÉSIS PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SILVIO E. PARODI

BUENOS AIRES

—

Imprenta IVALDI & CHECCHI

—

1899

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

La Nefrorrafia

EN EL

TRATAMIENTO DEL RIÑON MOVIBLE

TÉSIS PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

SILVIO E. PARODI

BUENOS AIRES

—

Imprenta **IVALDI & CHECCHI**

—

1899

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tésis.

(Art. 162 del Reglamento)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DOCTOR D. ENRIQUE E. DEL ARCA

Vice Decano

DOCTOR D. JOSÉ T. BACA.

Académicos Titulares

DOCTOR D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » JACOB DE TEZANOS PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNANDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.
» » LUIS GÜEMES.
» » ELISEO CANTÓN.

Académicos Honorarios

DOCTOR D. ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE.
» » MARTIN SPUCH.
» » TELÉMACO SUSINI.
» » EDMUNDO NOCARD.
» » EMILIO R. CONI.

Secretario Titular

DOCTOR D. LUIS M. ACUÑA.

Pro-Secretario

» » ZENÓN AGUILAR.

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Anatomía descriptiva	*Doctor*	*Juan José Naón*
Anatomía topográfica	»	*Juvencio Z. Arce*
Histología teórico-práctica	»	*Rodolfo de Gainza*
Fisiología general y humana	»	*Pedro J. Coronado*
Patología general y ejercicios clínicos	»	*Roberto Wernicke*
Materia médica y terapéutica	»	*Justiniano Ledesma*
Higiene pública y privada	»	*Melitón G. del Solar*
Patología externa	»	*Obdulio Hernandez*
Patología interna	»	*José Penna*
Anatomía patológica	»	*Telémaco Susini*
Bacteriología	»	*Cárlos Malbrán*
Medicina operatoria	»	*Adalberto Ramaugé*
Enfermedades de mujeres y su clínica	»	*Enrique Basterrica*
Enfermedades de los niños y su clínica	»	*Manuel Blancas*
Enfermedades de los ojos y su clínica	»	*Pedro Lagleyze*
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	*José M. Ramos Mejia*
Enfermedades mentales y su clínica	»	*Domingo Cabred*
Enfermedades génito-urinarias	»	*Federico Texo*
Enfermedades venéreas y dermatología	»	*Baldomero Sommer*
Clínica quirúrgica	*Dres.*	*Julian Aguilar* *Antonio C. Gandolfo* *Alejandro Castro*
Clínica médica	»	*Gregorio N. Chaves* *Abel Ayerza* *Luis Güemes* *Francisco Sicardi*
Laringología, otología, rinología	»	*Eduardo Obejero*
Obstetricia y clínica respectiva	*Doctor*	*Samuel Molina*
Medicina legal	»	*Francisco de Veyga*
Toxicología	»	*Juan B. Señorans*
Química aplicada á la medicina	»	*Pedro N. Arata*
Física médica	»	*Jaime R. Costa*
Zoología médica	»	*Eliseo Cantón*
Botánica médica	»	*Martin Spuch*
Botánica farmacéutica	»	*Adolfo Mujica*
Química analítica	»	*Atanasio Quiroga*
Farmacia teórica	»	*Juan A. Boeri*
Farmacia práctica	»	*J. Manuel Irizar*
Obstetricia para alumnas parteras	»	*Juan R. Fernandez*
Odontología	»	*Nicasio Etchepareborda*
Dentistería operatoria	»	*León Pereyra*

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUBSTITUTOS	
Anatomía descriptiva	*Doctor*	*Juan D. Piñero*
Anatomía topográfica	»	*Avelino Gutierrez*
Histología teórico-práctica	»	*Samuel de Madrid*
Fisiología general y humana	»	*Horacio G. Piñero*
Patología general y ejercicios clínicos	»	*Gregorio Araoz Alfaro*
Materia médica y terapéutica	*Dres.*	*Enrique E. del Arca* *Angel M. Centeno*
Higiene pública y privada	»	*Enrique Revilla* *Ricardo Schatz*
Patología externa	»	*Pascual Palma* *Daniel J. Cranwell*
Patología interna	*Doctor*	*Marcial V. Quiroga*
Anatomía patológica	»	*José Badia*
Bacteriología		Vacante.
Medicina operatoria	*Dres.*	*Nicolás Repetto* .....
Enfermedades de mujeres y su clínica	»	*Alfredo Lagarde* *José F. Molinari*
Enfermedades de los niños y su clínica	»	*Antonio F. Piñero* *Facundo Larguia*
Enfermedades de los ojos y su clínica	»	*Francisco Barraza* *Teófilo A. Moret*
Enfermedades nerviosas y su clínica	»	*José A. Esteves* *José R. Semprum*
Enfermedades mentales y su clínica	*Doctor*	*Benjamin T. Solari*
Enfermedades génito urinarias		Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	*Maximiliano Aberastury*
Clínica quirúrgica	*Dres.*	*Juan B. Justo* *Diógenes Decoud* *Alejandro Posadas*
Clínica médica	»	*Julio Mendez* *Ignacio Allende* *Patricio Flemming*
Laringología, otología, rinología	»	*Wenceslao Tello* *Eliseo V. Segura*
Obstetricia y su clínica	»	*Luis F. Vila* *Fanor Velarde*
Medicina legal	»	*Domingo S. Cavia* .....
Toxicología	*Doctor*	*Juan Alba Carreras*
Química aplicada á la medicina	»	*Francisco P. Lavalle*
Física médica	»	*Juan J. Galiano*
Zoología médica		Vacante.
Botánica médica	»	*Lucio Durañona*
Botánica farmacéutica		Vacante
Química médica	»	*Francisco B. Reyes*
Farmacia teórica	*Señor*	*Juan A. Dominguez*
Farmacia práctica		Vacante.
Obstetricia para alumnas parteras	*Doctor*	*Enrique Pietranera*
Odontología		Vacante.
Dentistería operatoria		Vacante.

PADRINO DE TÉSIS:

ACADÉMICO TITULAR DR. ROBERTO WERNICKE

A mi madre

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Antes de empezar esta última prueba quiero manifestar los sentimientos de mi más profunda gratitud hacia el dignísimo académico y profesor Doctor Roberto Wernicke, quien me enaltece con su presencia en este instante y cuyas útiles lecciones me consideraría feliz no olvidar jamás.

La movilidad anormal del riñon, fué señalada por la primera vez, por F. *Pedemontanus* en 1581 y enseguida por *Riolan* en 1641, por *Hallery Aberle. Rayer* en 1841 describió por primera vez el cuadro clínico del ren movilis.

En 1859, *Fritz* publicó una importaute memoria basada sobre 35 observaciones.

Hasta el año 1879 los clínicos consideran la nefroptosis como una enfermedad benigna relativamente; pero con *Keppler* el asunto cambió de aspecto, este autor insiste sobre la gravedad de la afección, sobre la necesidad del tratamiento quirúrgico pudiendo llegar hasta la estirpación del riñon.

Desde entónces los cirujanos se dividieron en dos opiniones: los unos preconizaban la extirpación y los otros colocarlo y fijarlo en su alojamiento paravertebral, fundándose en el hecho de que el riñon movible muy á menudo es sano. Esta última ope-

ración constituye la nefrorrafia ó nefropexia, de la que me ocuparé más adelante.

Etiología—Patogenia.—Generalmente se dividen las causas que dislocan el riñon en predisponentes y en determinantes.

Predisponentes.—Es de observación común que la nefroptosis es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre. Es así que sobre 35 casos observados por *Fritz* en 1859, 30 eran mujeres y 5 hombres. Estadísticas más recientes *(Lauceraux, Landau, Kuttner)* demuestran lo mismo.

La frecuencia observada por *Rosenstein* es de 82 °/₀, por *Ebstein* es de 85 °/₀ de mujeres.

Lindner y *Kuttner* piensan que 20 °/₀ de las mujeres que se examinan son atacadas de riñon movible. Y así creen muchos autores.

Albarran, cuya autoridad en esta materia es bien conocida, cree que 10 á 12 °/₀ de las mujeres presentan un grado más ó menos grande de movilidad renal anormal.

Las estadísticas nos demuestran por otra parte que el riñon derecho se desplaza con mucha más frecuencia que el izquierdo. Así sobre los 35 casos de *Fritz:* 29 se refieren al derecho y 4 solamente al izquierdo; los restantes tenían desplazamiento bilateral, pero siempre menos pronunciado del lado izquierdo que del derecho.

En general, un 85 á 90 °/₀ de los riñones desplazados son derechos.

Cruveilhier ya había observado que la causa de

este hecho residía en la costumbre que tienen las mujeres de apretarse con el uso del corsé. Se decía que la constricción ejercitada por éste comprimía el hígado, el que rechazaba el riñon que se escapaba como un carozo de cereza entre la punta de los dedos.

Después se tuvo en cuenta la circunstancia anatómica siguiente: que el riñon derecho es menos fijo que el izquierdo. En efecto: aparte de que el derecho desciende un poco más y las relacionss que guarda éste con el hígado, *Zuckérkandl* ha descubierto una hoja aponeurótica que contornea la cara profunda del peritoneo y que no existe más que del lado izquierdo y cuya función es la de fijar el riñon en su sitio. En cuanto á la edad en que la nefroptosis se observa con más frecuencia se sabe que es de los 20 á los 40 años. ¿Porqué esta mayor frecuencia entre esas edades? ¿No habrá alguna relación entre el período más activo de la vida genital de la mujer y el desplazamiento renal?

Para explicar esto se dice que la preñez no debe ser ajena á su producción. Pero ¿cómo obra? Me parece falso invocar, como ha hecho alguno, el aumento hipotético del volúmen del riñon durante la preñez. ¿No sería mejor hacer intervenir la flacidez de la pared abdominal y la diminución consiguiente de la presión intra-abdominal?

En efecto, recientes experiencias nos han demostrado que la presión intra-abdominal tiene la más gran influencia sobre la estática del riñon.

Delitzin y *Wolkow*, abriendo la pared abdominal anterior en cadáveres colocados en posición vertical han visto que los riñones descendían. Lo mismo pasaba cuando resecaban los músculos de dicha pared.

¿El enflaquecimiento rápido tendrá alguna relación con la producción del riñon movible? Algunos han dicho que la reabsorción de la grasa perirenal deja al riñon en condiciones de poder oscilar dentro de la fascia que lo rodea. Todo esto es cierto, pués se sabe que el riñon es movible normalmente. Esta movilidad es llamada por *Wolkow* movilidad absoluta normal. Pero no deja de ser cierto, que en la mayor parte de los casos de riñon movible, la grasa existe no solo en pequeña cantidad sinó aún hipertrofiada.

El riñon movible se observa no solo en los adultos, sinó también en los niños; pero entre éstos siempre más frecuentemente en los del sexo femenino.

Entre las causas determinantes debemos señalar los traumatismos de todo género que pueden obrar directamente ó á distancia. Casi siempre los enfermos atribuyen su afección á un golpe, á sacudidas violentas de tos, á esfuerzos, etc.

En todos estos casos se trata de esfuerzos que han obrado bruscamente, y se puede decir que se trata de una verdadera luxación.

Al lado de éstos se pueden colocar los que sobrevienen á consecuencia de causas mecánicas cuya acción es lenta (traumatismo lento) como ser: el uso del corsé, de fajas, cinturones ó de cualquier

otra cosa que ejerza constricción sobre la región lumbo-abdominal.

Hay algunos que creen que el corsé mantiene el riñon en su sitio. La enferma N.° VII decía que el uso del corsé la aliviaba. El corsé en este caso hacía el oficio de un aparato ortopédico.

Yo creo que el corsé en unos casos tiende á dislocar más y más el riñon; mientras que en otros tiende á mantenerlo fijo en su alojamiento. Todo depende del sitio de la constricción y del grado de dislocación renal.

El riñon movible también es atribuído á otras causas que obran sobre todo en virtud de la caída brusca de la presión intra-abdominal (como sucede en el parto) como ser: extirpación de un gran tumor abdominal, evacuación de una ascitis, etc.

El aumento de volúmen del hígado (cáncer, quistes, etc.) aumentando la influencia de la gravedad favorecería, según algunos, la dislocación renal.

Las alteraciones de los órganos próximos: (tumores del bazo, pancreas, cápsulas supra-renales, mesenterio, mal de Pott, etc.,) tienen también alguna influencia sobre la cual no insisto.

Albarran dice que todas las causas hasta ahora enumeradas no pueden producir nefroptosis, sinó en individuos congenitamente predispuestos. La predisposición congénita según él es el factor que domina la etiología del riñon movible.

Aquí entramos en terreno perteneciente á la patogénia. *Albarran* ha ideado una teoría de ésta.

Considera al riñon movible en la mayor parte de los casos como un estigma de degeneración. En efecto, dice: ninguna relación parece haber á primera vista entre un riñón desplazado congénitamente cuyos vasos nacen anormalmente y un riñon móvil ordinario con vasos normales y sin embargo existen entre estos dos tipos una infinidad de intermedíarios. Hay riñones movibles ordinarios, cuyos vasos tienen disposiciones congénitas anormales y vice-versa riñones dislocados congénitos, con vasos nacidos normalmente. Además, con el riñon movible se han visto otras malformaciones, como la persistencia de la lobulacion fetal, desarrollo anormal de una mitad del mismo, etc. y malformaciones de órganos vecinos que se han ido encontrando á medida que los autores examinaban con más detención.

Todas estas diferentes malformaciones constatadas en los riñones movibles, prosigue *Albarran*, parecen deber ser aproximadas á hechos análogos, que han conducido á colocar ciertas enfermedades entre los estigmas somáticos de la degeneración. Y en prueba de esto cita «la frecuencia en los degenerados de hernias, de migración incompleta de los testículos, etc., que son como la nefroptosis ectopias viscerales de órden degenerativo». Por otra parte se sabe que á menudo coexisten (cuando se buscan) con el riñon móvil otros estigmas de degeneración ya sea del orden psíquico ó físico.

Además, de la misma manera como se heredan los estigmas de degeneración, se han visto casos de riñon movible hereditario.

No opinan de la misma manera *Wolkow* y *Delitzin*, quienes dicen que no se consideran autorizados á asimilar la nefroptosis á la degeneración, lo que sería mucho avanzar.

Aquellos autores, después de largas y laboriosas experiencias sobre cadáveres y estudio detenido en el vivo, han llegado á resultados que han esclarecido bastante la patogénia del riñon movible.

Dicen que la fijación del riñon depende de múltiples circunstancias, que obran aunadamente.

En primer lugar, dan mucha importancia á la configuración anatómica normal de los nichos paravertebrales y en segundo lugar la presión intra-abdominal que es regida por la pared muscular exterior (balon muscular como la llaman ellos) que rodea toda la cavidad abdominal.

Los nichos paravertebrales ó sea el alojamiento normal del riñon es imbutiforme ó en forma de pera normalmente; mientras que son cilíndricos en los riñones dislocados. Cuando esta dislocación es unilateral (que es la más frecuente) se observa muy bien la asimetría de forma de los mencionados nichos. Las adherencias fibrosas que unen la cara posterior del riñon y la pared lumbar contribuyen á aumentar la forma de pera de los nichos y la probabilidad de que el riñon quede en su sitio normal.

Es la forma cilíndrica del alojamiento renal, es

esta anomalía de configuración anatómica que juega un gran papel como causa de producción de la nefroptosis.

El rol de la presión intra-abdominal es de la mayor importancia.

Los riñones tienen por delante órganos que están envueltos por una gran cavidad cerrada formada por el peritoneo, los cuales tienen un cierto grado de tensión, de hermetismo como lo llaman, todo lo cual está rodeado y mantenido por una cintura ó vendaje muscular formado por las paredes abdominales. Es decir, tenemos los riñones que son extraperitonaeles, la pelota hermética por delante y el balon muscular que lo rodea todo.

Toda esta disposición mantiene normalmente el riñon en su sitio fisiológico.

Pero que venga á disminuir la tensión del balon exterior por insuficiencia muscular y que no se obtenga una compensación por variación del volúmen de la pelota: la dislocación se producirá.

Del mismo modo, variaciones de volúmen del contenido de la pelota, que comprime á los riñones, no siendo compensadas por enérgicas contracciones del vendaje exterior, dan por resultado la formación de vacíos virtuales que favorecen la producción de la ectopia. Se nota así la gran influencia que ejerce sobre la estática del riñon, el contenido peritoneal.

La influencia de estas variaciones de la cavidad peritoneal se ha comprobado por medio de experiencias. Como condición esencial para que se pro-

duzca la dislocación es necesario la insuficiencia de la pared abdominal.

Es muy probable que gran número de riñones dislocados deben su origen á variaciones agudas de volúmen del abdomen: parto, evacuación de ascitis, etc.

La acción del diafragma sobre el descenso del riñon es indudable. En efecto, el diafragma puede ser considerado como una porción del balon muscular externo, de modo que tiene que estar sujeto el riñon á todas las variaciones de aquel. Esto es corroborado por las experiencias de *Wolkow* y por la observación clínica de los movimientos respiratorios del riñon.

Además de estas condiciones generales existen otras que aunque parciales no dejan de tener alguna influencia sobre la estática renal.

Estas condiciones parciales están reunidas en la disposición especial de la capsula fibro-adiposa que rodea el riñon. Esta contiene grasa y tejido fibroso en forma de puentes que lo unen á la pared lumbar, al peritoneo, al diafragma, á la aorta y cava inferior.

El peritoneo y la grasa no constituyen ningun impedimento á la dislocación renal.

No sucede lo mismo con los puentes fibrosos que son los mejores medios de fijación del riñon y que debido á una alteración general y rápida del organismo (enflaquecimiento rápido) pueden desgarrarse y facilitar la ectopía.

Se ha demostrado practicando la extracción de los vasos renales y ureteres en cadáveres no abiertos

que éstos no tienen ninguna acción sobre la estática renal. Los riñones en estas experiencias descendían con dificultad. *(Wolkow, Deletzin)*.

Ciertas condiciones exteriores pueden tener influencia en los movimientos del riñon influyendo sobre la forma de los nichos paravertebrales. Por ej.; los traumatismos agudos.

De este mismo modo obran los cinturones y corsés cuando ejercen presión sobre la 9ª y 10ª costillas. En cambio cuando obran debajo de la 12ª producen más bien el mantenimiento ó fijación.

De aquí resulta la explicación de la influencia del corsé en la mujer que va deformando los nichos, estrechándolos por abajo y por arriba tendiendo á hacerlos cilíndricos; aparte de que en la mujer el alojamiento renal es menos profundo y más abierto que en el hombre.

Aumentos de peso del riñon son momentos favorables de deslizamiento renal. El aumento de volúmen obra favoreciendo la fijación.

Clínicamente un aumento de peso puede apenas ser considerado como favoreciendo la locomoción del riñon; pues es difícil que exista aumento de peso sin aumento de volúmen.

De todo este conjunto de circunstancias generales y parciales, se deduce que la dislocación renal es regida por cierta insuficiencia en la estática del cuerpo, constituída por anomalias de configuración de los nichos paravertebrales y por alteraciones de

las condiciones generales de la presión intra-abdominal.

De donde se sigue que en las nefroptosis el elemento esencial está constituído no por el movimiento del riñon, sinó por el transtorno constitucional debído al cual ella aparece.

La nefroptosis no es sinó un síntoma saliente de un estado patológico general; un sintoma que más fácilmente aparece y que por sí solo trae alteraciones funcionales de la más alta importancia.

Este síntoma es un indicio seguro de la alteración de la presión intra-abdominal como ya he dicho y esto nos acerca á las ideas de *Glenard* quien dice que la nefroptosis es un hecho especial de la enteroptosis, á tal punto que el *pretendido riñon móvil puede existir sin riñon móvil.*

Sintomatologia y diagnóstico.—Algunas veces el riñon movible no dá lugar á ningun trastorno. Muchas veces se ha encontrado en personas que han sido objeto de un exámen casual y que jamás habían sido advertidas de la existencia de semejante lesión

Otras veces y esto sucede casi siempre, se hace sentir por medio de síntomas ruidosos que llaman mucho la atención del enfermo.

Sin embargo, hay mucha diferencia segun los casos: unos soportan muy bien un riñon verdaderamente flotante, mientras que otros presentan accidentes serios con un desplazamiento muy pequeño.

Describiré en primer lugar los síntomas funcionales.

Estos se pueden disociar en fenómenos dolorosos, nerviosos y digestivos.

El síntoma dolor puede ir desde la simple molestia y sensación de peso hasta el dolor bastante

intenso que hace todo trabajo imposible y condena al enfermo al lecho. La marcha, los esfuerzos, los movimientos violentos no hacen más que avivarlos; sin embargo, la posición en decúbito dorsal los mitiga. Así se han visto enfermos permanecer durante años en cama por no poder soportar los dolores que aparecían en la posición vertical.

Los dolores tienen casi siempre por sitio la región del flanco y la lumbar, con irradiaciones hacia el hipocondrio, fosa ilíaca, epigastrio, órganos genitales. Estas irradiaciones suelen revestir la forma neurálgica.

Además los dolores suelen aparecer, á veces, como crisis, de duración é intensidad variables. Estas aparecen con ocasión de un esfuerzo ó durante la marcha, experimentando el enfermo un vivo dolor en el flanco con irradiaciones variables y que simúla un cólico nefrítico.

Durante la crisis hay aumento de volúmen del riñon y cesan aquellos con emisión abundante de orina.

A estos fenómenos dolorosos locales pueden aunarse accidentes generales, apareciendo de esta suerte el síntoma descrito por *Lindner* y *Senator* bajo el nombre de estrangulamiento renal. En este caso á los dolores se unen vómitos, ansiedad, lipotimias, cara contraída y aumento de volúmen del riñon.

Los dolores y las crisis han sido explicados de muchos modos. Los unos piensan que son debidos á la tracción ejercitada por el riñon sobre los plexos

nerviosos, otros los atribuyen al peritonismo y otros con *Landau* al acodamiento de los vasos y á la congestión consecutiva.

El estrangulamiento es debido con toda verosimilitud al acodamiento del ureter, como se lo ha demostrado por medio de experiencias.

Este acodamiento del ureter ó la compresión de éste por el riñon, á más de ser el origen de los dolores y las crisis, puede ser la fuente de producción de hidronefrosis que intermitentes en su principio pueden más tarde hacerse permanentes. En efecto: si el obstáculo (acodamiento ó compresión del ureter) es transitorio, no se produce hidronefrosis, habrá sí dolores y congestión renal por retención aguda; si el obstáculo es ó se ha hecho permanente la hidronefrosis se producirá.

En resúmen: los dolores y sobre todo las crisis deben reconocer por causa, ya el acodamiento, ya la compresión del ureter, condiciones que traen un obstáculo más ó menos completo al curso de las orinas.

Relacionar el dolor al acodamiento del ureter equivale á relacionarlo á la fijeza de éste que, como se sabe, es relativa.

En efecto: el ureter unas veces sigue y otras nó el camino que recorre el riñon dislocado. En el primer caso no hay acodamiento, lo que nos explica la posibilidad de riñones flotantes no dolorosos. En el segundo caso de ureter fijo hay inflexión de éste aunque el riñon se desplaze muy poco, lo que nos

dá la explicación de síntomas graves en dislocaciones mínimas.

Los síntomas digestivos son muy comunes y muy variados. A veces llaman tanto la atención que pueden hacer creer en la existencia de alguna afección gastro-intestinal.

Unas veces se trata de trastornos gástricos que dan todos los signos de una dispepsia atónica, pudiendo acompañarse de dilatación. *Bouchart* cree que la dilatación estomacal puede ser causa de nefroptosis y esto en virtud del aumento de volúmen del hígado por congestiones repetidas.

Otras veces se trata de crisis gastrálgicas, con hipercloridia, sensación de plenitud en el hueco epigástrico, pirósis, vómitos que pueden hacerse inoercibles yendo así hasta comprometer la vida del enfermo.

La nefroptosis puede producir también y esto por orden mecánico, todos los síntomas de una obstrucción intestinal por compresión. Hay casos en que se observó ictericia; pero estos son raros.

Se dice que es frecuente ver casos en que el riñon dislocado coincide con enteroptosis ó con ptosis de todos los órganos abdominales. Aquí la nefroptosis, no es más que un epifenómeno de la enfermedad general, que es la que domina el cuadro sintomatológico.

Nada más variados que los fenómenos nerviosos que acompaña á veces el riñon movible. En efecto: suelen presentar, como nos sucede en las observa-

ciones N°. IV y VIII, todos los caractéres de la neurastenia ó de la histeria.

Es común observar los síntomas somáticos y psíquicos que caracterizan aquellas neurósis. Sin embargo, no siempre estos síntomas son consecutivos al riñon movible; pues pueden haber existido anteriormente. Es el caso de un riñon movible desarrollado en una histérica ó neurasténica. Por lo tanto hay que distinguir dos casos: 1°. aquellos en que la neurosis es anterior al riñon móvil y que persiste ó se agrava á veces, por el hecho de la nefroptosis, y 2°. aquellos cuyos accidentes nerviosos son consecutivos.

Albarran dá una interesante explicación acerca de la frecuencia de la neurastenia é histeria en el síndroma de la nefroptosis. Dice, que para que aquellas neurósis se desarrollen, es necesario que obren sobre un terreno preparado y que esta preparación nos es explicada por la herencia neuropática directa ó indirecta. Ahora bien, se sabe que este terreno ya está en casi todos los casos de riñon movible; pues éste es considerado por el mismo *Albarran* como un estigma de degeneración.

Si sobre este terreno así predispuesto viene un pequeño traumatismo ú otra causa, á movilizar el riñon, se verá los accidentes nerviosos desarrollarse. Para mí, dice *Albarran*, el riñon movible juega en estos casos el papel de causa ocasional; hay un verdadero traumatismo interno y los fenómenos nerviosos consecutivos deben ser interpretados en el

sentido del histero-traumatismo ó de la neurastenia traumática de causa interna.

Aparte de estos síntomas histeriformes y neurasténicos, podemos encontrar, como en las observaciones Nos. I, III, V, VI y VIII otra clase de trastornos nerviosos, que se han agrupado bajo la denominación vaga de neurosismo y que son representados por la irritabilidad é impresionabilidad de carácter, por palpitaciones, por neuralgias, etc.

Hay enfermas que por la sola idea de estar afectadas de riñon flotante, aunque no sea doloroso, se muestran en un estado de preocupación moral sumamente grande y que es debido, no hay duda, á una alterada constitución psíquica.

En las enfermas del aparato genital interno es muy frecuente encontrar una sintomatología semejante á la de este estado neurótico. Por eso es muy conveniente el examinar un caso de nefroptosis, no descuidar el exámen de los genitales y referir los síntomas á sus respectivas causas. Tanto más, cuanto que sabemos cuan grande es la coexistencia de la nefroptosis con afecciones útero-ovaricas. Así en el caso N°. IV muchos de sus síntomas nerviosos son simples fenómenos reflejos que dependían del estado de su matriz.

Pasemos ahora en revista los signos físicos y la manera de buscarlos.

La simple inspección de la región lumbar dá resultados negativos. Sucede casi siempre lo mismo con la desaparición de la matitez que algunos au-

tores dicen percibir en la región correspondiente al riñon. No quiero negar la posibilidad de esta desaparición de la matitez, que creo puede existir en los verdaderos riñones flotantes; pero ¿cómo comprobarla en las pequeñas dislocaciones renales? Para esto contamos con la palpación que nos va á dar datos importantísimos, con los cuales podremos con seguridad fundar el diagnóstico.

Y ante todo, dos palabras sobre este método de exploración.

Disponemos de la palpación directa, del peloteo de *Guyon*, del procedimiento de *Glenard* y del de *Israël*.

Cuando el riñon está dislocado y al mismo tiempo aumentado de volúmen, se puede sentir algunas veces con una mano; pero esta exploración es incompleta.

Guyon ha demostrado muy bien que el exámen debe hacerse por medio de la palpación bimanual. La palpación simple permite recoger (como en cualquier clase de tumor abdominal) las diferentes nociones de volúmen, consistencia, etc., pero es sobre todo importante porque algunas veces nos hace reconocer la movilidad del tumor, ya sea determinada por los movimientos respiratorios ó imprimida por medio de la mano.

La palpación directa, por presión, es sobre todo útil para la sensibilidad renal. Para buscar ésta se procede así: el enfermo es acostado sobre el dorso, el cirujano colocado del lado enfermo, pone la mano

contraria de dicho lado, en el ángulo que forma la masa sacro-lumbar con la última costilla; la otra mano con los dedos hacia arriba es colocada sobre el borde externo del recto anterior y aprovecha las expiraciones del enfermo para insinuarse más y más.

Cuando el riñon es sano, dicha maniobra no determina ninguna sensación; pero se produce dolor cuando el riñon contiene cálculos ó existe una pielonefritis, etc.

Para ejecutar el peloteo de *Guyon* hay que proceder de la misma manera como para la palpación bimanual ya descrita é imprimir una serie de pequeñas sacudidas con los dedos de la mano posterior flexionada bruscamente, recogiendo la mano anterior las sensaciones producidas. Al estado normal el peloteo del riñon no existe. Para que exista es necesario que sea movil, ó desplazado ó bien aumentado de volúmen.

Existe y se percibe cuando el riñon está colocado por debajo de la última costilla.

Sin embargo, este peloteo no es patognomónico; pues se ha observado en afecciones de órganos vecinos del riñon (cáncer del yeyuno, del hígado, etc.).

Glenard coloca al paciente sobre el dorso, se sirve de la mano contraria al lado que se examina colocándola de modo á abrazar el flanco del enfermo con el pulgar hacia adelante y los otros dedos hacia atrás é invitando acto contínuo á respirar regular y profundamente.

Si el riñon es normalmente situado no se lo siente.

Si está dislocado y es movible se lo siente deslizar en el anillo que le forman los dedos separados. Este método exige paredes flácidas y es utilizable en los casos en que el riñon conserva relaciones con las costillas, es decir, que no ha abandonado por completo la fosa renal.

En los casos difíciles es útil ayudarse por medio del cambio de posición dada al enfermo, haciendo el exámen estando éste semi-acostado ó bien parado.

Israël coloca al enfermo sobre el lado sano, los muslos semi-flexionados, el cirujano del lado enfermo, la mano contraria á este lado enfermo, se coloca por fuera de la masa sacro-lumbar con los dedos dirigidos hacia la cabeza del enfermo; la otra mano adelante sobre la pared abdominal lateral debajo de la reunión del 9° y 10° cartilagos costales. Enseguida invita al enfermo á respirar regularmente, aprovechando las expiraciones para hundir más la mano anterior.

Cuando la pared es flácida se puede por este método explorar la cara anterior del riñon normal. Cuando éste es movible se palpa muy bien, pudiéndose notar hasta simples asperezas desarrolladas en su cara anterior.

Es sobre todo en los desplazamientos limitados del riñon que este método es utilizable.

Cuando el desplazamiento es más acusado (riñon flotante) hay que buscarlo en los alrededores del ombligo, en el flanco, en la fosa iliaca ayudándose

de una atenta palpación. Se citan casos en que el enfermo indica él mismo el sitio de su afección.

Ahora bien; si el riñon movible no es fijo se siente un tumor globuloso, ovoide, un poco alargado, liso, de consistencia firme, unas veces indoloro y otras muy sensible, que se desplaza con la mayor facilidad escapándose de los dedos, ofreciendo además la particularidad de ser reductible, es decir, que al ejercer presión sobre él, se siente como que huye y que entra bruscamente en su alojamiento.

Se encuentran casos en que es parcial ó totalmente irreductible y esto sucede cuando existen adherencias que lo fijan en su sitio anormal.

Parece que la fonendoscopía, aplicada al diagnóstico de las afecciones del riñon, primero por *Guyon* y luégo por *Albarran*, ha dado muy buenos resultados. Es por medio de ella que se puede saber si el riñon ocupa su sitio normal ó si está dislocado, evitando así el poder confundirlo con un tumor intra-abdominal cualquiera. No han sido tan felices la radiografia y la radioscopia.

Esta exposición en la cual se acaba de resumir la sintomatología del riñon movible deja sospechar una gran dificultad en el diagnóstico. En tesis general, es por el estudio de los signos físicos que aquél puede hacerse.

Cuando la palpación hace reconocer un tumor que reune todas las circunstancias más arriba citadas el diagnóstico se impone.

Es útil recordar que cuando se trata de un pe-

queño descenso sin gran movilidad, es conveniente servirse de los procedimientos de *Glenard* y de *Israël*.

El tumor que se palpa puede ser confundido con otros tumores abdominales movibles también. Aquí el carácter diferencial reside en la reductibilidad en la fosa lumbar; pero ésta puede á veces faltar.

En todos estos casos de tumores abdominales, dice *Albarran*, la fonendoscopía permite constatar que el riñon se encuentra en su lugar normal.

Pero aparte de ésta, otros caractéres pueden precisar el diagnóstico diferencial, por ej.; el borde cortante en caso de bazo movible ó de hígado tambien móvil, la movilidad mediana en el sentido transversal en los tumores del mesenterio.

Los quistes pediculados de la cara inferior del hígado y los quistes del ovario no son reductibles y en esto reside el carácter diferencial.

Los signos funcionales son los que contribuyen sobre todo á hacer desconocer la nefroptosis y confundirla con otras afecciones dolorosas (neuralgias, cólicos hepático y nefrítico), con afecciones nerviosas (histeria neurastenia), con afecciones del aparato digestivo (dispepsias, estrecheces del píloro) y con afecciones de los órganos genitales.

Los signos físicos son los únicos que tienen verdadero valor en el diagnóstico del riñon móvil y es recién después de la constatación de éste, que se puede establecer hasta qué punto los fenómenos que el enfermo acusa están bajo la dependencia de él.

La existencia del riñon movible siendo establecida

es necesario saber si el órgano está sano ó alterado.

Su volúmen, su forma, su consistencia nos darán datos preciosos.

Será, sobre todo, por el aumento de volúmen y el dolor consecutivos á la acumulación de orina, por la abundante emisión de esta con supresión del dolor y vuelta al volúmen primitivo que podremos diagnosticar una hidronefrosis, complicación que suele ser frecuente en el riñon movible.

Y ya que he dicho complicaciones, diré dos palabras sobre dos de éstas: el estrangulamiento renal señalado por *Dielt* y las infecciones.

El primero está caracterizado por crisis que se parecen mucho á los cólicos nefríticos; en efecto, observamos los mismos dolores é irradiaciones dolorosas, los mismos vómitos, la misma ansiedad, la misma tendencia á la lipotimia y síncope con pulso filiforme y sudores frios; oliguria ó anuria por reflejo inhibitorio sobre el otro riñon (reflejo reno-renal de *Guyon*) y en fin la misma cesación de todos estos accidentes con emisión algunas veces abundante de orina pareciendo ser también ésta de origen reflejo (poliuria refleja).

Estas crisis de estrangulamiento renal se diferencian de la hidronefrosis por la ausencia en aquel de tumor palpable y la inconstancia de la poliuria.

Esta distinción es tanto más difícil, dice *Albarran* cuanto que he demostrado el aumento de volúmen bastante grande que puede resultar de la simple congestión del riñon sin dilatación hidronefrótica.

En el estrangulamiento renal la bolsa es pequeña, no ha podido formarse y es por esto que no puede ser fácilmente palpada.

Las infecciones del riñon móvil pueden dar lugar á la simple pielonefritis ó á la formación de una pionefrosis por infección secundaria de una bolsa de uronefrosis.

Todas estas complicaciones pueden hacer del riñon movible, que por lo general es benigno, una afección grave y aun mortal.

Esta misma benignidad es muy relativa en el sentido de la curación; pues el riñon movible no cura espontáneamente y en general permanece estacionario ó tiende á dislocarse más y más.

Alguien ha sostenido que la preñez, las peritonitis parciales, la perinefritis, en virtud de la formación de adherencias, pueden hacer desaparecer la nefroptosis.

Antes de abordar el tema de la nefrorrafia he creído necesario recordar algunas nociones de anatomía normal y patológica del riñon, ya esté en su alojamiento fisiológico ó fuera de él, nociones que son necesarias tener bien presentes para la perfecta realización de la operación.

SITUACIÓN NORMAL Y MEDIOS DE FIJEZA.—Normalmente los dos tercios superiores del riñon están situados en la región torácica infero-posterior y el tercio inferior en la región lumbar. El riñon corresponde en altura á tres vertebras, la 12ª dorsal y las dos primeras lumbares. Estas tres vertebras, llamadas renales, forman el límite interno de la fosa lumbar. Esta fosa se limita, por arriba, por el reborde inferior de la caja torácica y por abajo, por la salida ósea de la cresta ilíaca. Ambos límites constituyen puntos de reparo preciosos como más tarde veremos.

El gran eje de los riñones es lejos de ser exactamente paralelo al plano mediano: es inclinado de arriba hacia abajo y de dentro hacia afuera, resultando así que los dos riñones son convergentes hacia arriba. La distancia que separa sus dos extremidades superiores es de 6 á 7 cents.; mientras la que separa las inferiores es de 10 á 11 cents.

Las caras de los mismos no están situadas sobre el mismo plano. La anterior es al mismo tiempo externa y la posterior, aplicada sobre el psoas, es un poco interna. De aquí resulta que el borde externo convexo, es el que está más directamente en relación con las costillas.

La cara posterior está en relación con la 11ª y 12ª costillas y con un ligamento descrito por *Henle* y *Recamier*, que partiendo del vértice de las apófisis transversas de la 1ª y 2ª lumbares se dirige hacia arriba y afuera á insertarse sobre la 12ª costilla ó sobre ésta y la 11ª cuando aquella es corta. Este ligamento costo-vertebral, es el que se incinde, para hacer más amplia la herida operatoria y descubrir bien el riñon.

Los riñones son mantenidos en posición por diferentes medios: por los vasos que los ligan á la aorta abdominal y á la vena cava inferior; por el peritoneo que recubre su cara anterior y que al llegar al borde convexo se refleja continuándose con el peritoneo parietal; por adherencias á la cápsula supra-renal, pero estas disminuyen con la edad haciéndose más laxas, sobre todo en el adulto, lo que nos

es probado por la existencia de nefroptosis sin cápsula supra-renal descendida.

A la acción de todos estos medios hay que agregar la presión intra-abdominal que es indubitable y la existencia muy importante de una envoltura conjuntiva que rodea al órgano en toda su extensión. Esta envoltura es la fascia peri-renal que no es sinó una dependencia de la fascia propia que contornea la hoja parietal del peritoneo. Dicha fascia, envuelve al riñon como en un saco, que comunica por dentro con el del otro lado, que se inserta por arriba sólidamente al diafragma y que se pierde por abajo abriéndose en la fosa iliaca.

Resulta de esta manera, que el alojamiento formado por la fascia peri-renal, está abierto hacia abajo y adentro y es precisamente en esta dirección que el riñon se desplaza.

Este saco peri-renal, está constituído en el feto por tejido conjuntivo y por algunos lóbulos adiposos irregularmente repartidos. Más ó menos, á los 10 años de edad, los elementos conjuntivos son invadidos por grasa, que va aumentando gradualmente hasta formar lo que se llama cápsula adiposa peri-renal.

El espesor de esta grasa no es uniforme. Existe en pequeña cantidad por delante, mientras que atrás tiene un espesor de 2 y 3 cents. y aun más; llegando á ser más considerable sobre el borde externo y al nivel del hilio.

Siendo la grasa peri-renal de consistencia muy

blanda, casi fluida, como dice *Tuffier*, apenas atravesada por tractus celulares muy delgados, se concibe fácilmente que el riñon contenido dentro del saco bastante grande que le forma la fascia goce de alguna movilidad normal. En efecto, se ha demostrado que el riñon baja durante la inspiración y remonta con la expiración y que desciende durante la estación vertical. Este descenso se ha podido avaluar en 3 á 5 centímetros y varía de un individuo á otro, siendo más marcado en las mujeres que en los hombres. *Rosenthal* dice que en esta movilidad más grande del riñon en la mujer hay un atributo sexual ya marcado desde la infancia; además se cree que no es ageno á aquella la menor profundidad del alojamiento renal y la mayor amplitud de ésta por su parte inferior (*Delitzin* y *Wolkow*).

Por lo que atañe á la anatomía patológica del riñon móvil, diré que lo que se sabe es debido á las pocas autopsias que se tienen practicadas y que han sido publicadas por diversos autores.

Glenard reconoce tres grados en el desplazamiento del riñon. 1er grado: riñon simplemente descendido, pero cuya extremidad superior se encuentra todavia debajo de las costillas; 2° grado: el riñon se encuentra totalmente debajo de las costillas y 3er grado: que constituye lo que se llama el verdadero riñon flotante. En este grado el riñon no conserva relación alguna con la fosa lumbar, se ha vuelto abdominal pudiendo llegar hasta la pelvis. Casi todas

las observaciones que publico pertenecen á esta última variedad.

Casi siempre al desplazarse el riñon, en tanto como su pedículo lo permite, lo hace ejecutando al mismo tiempo un movimiento de rotación alrededor de su eje transversal, que hace venir su polo inferior hacía adelante y lleva hacía atrás el superior. De esta manera la extremidad inferior se pone en relación con la pared abdominal, haciendose más accesible á la palpación.

Watson dice que el riñon puede también desplazarse girando sobre su eje vertical, de modo á hacerse anterior el borde convexo externo. Precisamente en virtud de dicha rotación es porque en la mayoria de las operaciones se cae siempre sobre la cara posterior.

Albarran describe otras variedades de dislocaciones bajo el nombre de pequeño desplazamiento renal y aquí tienen cabida en primer lugar los casos de riñon en anteversión, es decir, con su polo superior hacia adelante y que han sido tan ingeniosamente explicados por *Potain* y en segundo lugar los casos de retroversión con un pequeño desplazamiento.

En cuanto á las alteraciones mismas del riñon se sabe que se han desconocido muchas; pués es común decir que el riñon movible es normal. No sucede siempre así. En efecto: se ha observado riñones divididos en lóbulos recordando la disposición fetal, riñones con cálculos úricos, hidronefrosis, pielonefritis y riñones con adherencias secundarias que los hacen

irreductibles. En fin, como se ve, cualquier enfermedad puede invadir el órgano dislocado.

Del lado del pedículo vascular, se observa generalmente que los vasos han sufrido un alargamiento secundario que ha estrechado su calibre en virtud del descenso. En este caso los vasos nacen de su punto normal. Otras veces hay verdaderas anomalias en el nacimiento de ellos, se ve salir la renal, ya sea más abajo, ya sea de la ilíaca primitiva.

Los ureteres casi siempre son sanos. Pero en virtud de la dislocación que también sufren suelen traer alteraciones en el riñon que se traducen por hidronefrosis intermitentes que más tarde pueden hacerse permanentes.

En efecto: el riñon al descender arrastra consigo el ureter; ahora bien, unas veces se deja llevar y en este caso la orina sigue su curso sin ningun tropiezo; pero otras veces sucede que el ureter no sigue por presentar una fijeza relativa (ya sea porque hay adherencias ó por cualquier otra causa) y en este caso se forma un acodamiento, que ó puede quedar sin efecto sobre la permeabilidad del mismo, como lo han demostrado experimentalmente, *Navarro* y *Tuffier*, ó puede volver fijo por formarse adherencias entre los pliegues del acodamiento ureteral y obstaculizar más ó menos el curso de las orinas, comenzando así la hidronefrosis á desarrollarse.

Es á este acodamiento del ureter que se atribuye la formación de las hidronefrosis que se ven con mucha frecuencia en los riñones movibles. Pero de

aquí á decir que el acodamiento es siempre la causa de la hidronefrosis hay mucha distancia; puesto que se han observado inflexiones del ureter secundarias al desarrollo de la retención renal, dependiendo de otra causa que el riñon móvil. Esta teoría de la formación de la hidronefrosis en el riñon dislocado es la que se admite hoy por la mayor parte de los autores.

Sin embargo, otros (*Navarro*, *Gilewsky*) dicen que es el polo inferior del riñon dislocado hacia adelante que ejerce presión sobre el ureter é interrumpe así el curso de las orinas. Este mecanismo dice *Albarran* puede ser admitido en ciertos casos.

Además de las alteraciones anátomo-patológicas hasta aquí citadas, se pueden ver otras del lado de los órganos vecinos y que coinciden con aquellas. Así hay casos de enteroptosis, hepato y esplenoptosis asociados al riñon móvil.

La cirugia renal fundada por *G. Simon*, recibió mucho impulso en estos últimos tiempos con la creación de nuevas y brillantes operaciones. *Simon* en el 1869 fué quien por primera vez estirpó con el más completo de los éxitos un riñon sano en una mujer afectada de fistula uretero-abdominal.

Entre estas nuevas, se cuenta una cuya importancia en el tratamiento del riñon movible es indiscutible; quiero hablar de la fijación del riñon, nefrorrafia ó nefropexia.

Esta fué practicada por primera vez en 1881 por *Hahn* de Berlin. Este cirujano prestaba sus cuidados á una mujer afectada de riñon ectópico muy doloroso á la que hizo la siguiente operación: puso á descubierto el riñon por medio de una incisión lumbar y lo saturó á la pared mediante 6 á 8 puntos de catgut que atravesaban la grasa peri-renal y la capsula fibrosa propia.

Esta misma operación fué seguida más tarde por otros cirujanos en Alemania, Inglaterra, etc.

Los resultados de la operación no fueron muy halagadores en su comienzo; pues si nos atenemos á una estadística de *Frank* vemos que de 26 operaciones practicadas por varios cirujanos, de 20 hechas por *Hahn* (se conoce solo el resultado de 39) se tuvieron 21 con algun éxito, 11 mejorías y 7 con ningun resultado. Hubo tambien 2 muertes debidas á accidentes operatorios (abertura de la pleura, empiema).

Pero basta de estadísticas antiguas; pasemos ahora á abordar el tratamiento del riñon movible.

Cuatro métodos han sido propuestos para dicho tratamiento: el masage, la ortopédia, la nefrectomía y la nefrorrafia.

El masage ha sido muy recomendado por *Kumf*. No cabe duda que este es un método coadyuvante que puede (dando más tonicidad á los tejidos) prestar reales servicios en los casos por ej. de flacidez de las paredes abdominales con enteroptosis y riñon movible. Pero no hay que pensar con *Kumf* que por medio del masage se puede obtener la retracción del peritoneo con consecutiva fijación del riñon.

Por lo que toca á la nefrectomía sabemos que se ha tenido que recurrir á ella en un principio. La justificación de tal acto operatorio nos es dada por el estado de las enfermas obligadas por sus dolores gravativos á guardar cama á veces durante años y en una época en que la nefrectomía había sido ya

practicada con feliz resultado, aunque por distinta causa.

La primera extirpación de riñon movible fué practicada por *Martin* en el 1878. *Lindner* pudo reunir 36 operaciones más, de las cuales la mayor parte fueron hechas por *Martin*. Pero los resultados fueron deplorables, pues se tuvo el 25 % de mortalidad. Actualmente dicha operación en el riñon móvil es rechazada por todos los autores. Está indicada cuando está complicada por otra afección como ser: carcinoma, sarcoma, tuberculosis.

En cuanto á los aparatos ortopédicos se sabe que si no curan, contribuyen á aliviar la sintomatología de dicha afección. Se han ideado una cantidad de aparatos; pero lo dificil es elegir uno que venga bien á tal caso particular. En general, se componen de una faja ó cintura y de una pelota ó almohadilla muy ancha que debe ser aplicada de modo á ejercer presión de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás.

Lindner recomienda un vendaje abdominal al cual fija una almohadilla que coloca con el fin de ejercer la presión ya dicha. Parece que los mejores aparatos son los vendajes de *Leiter* y de *Guyon* y la cintura con pelota renal de *Glenard*.

No es sinó despues de varios ensayos que se llega á encontrar uno que sea conveniente.

Más tarde al tratar de las indicaciones diré cuáles son los casos en que está indicada la cintura y cuá-

les son los que reclaman la intervención quirúrgica. Ahora vamos á ocuparnos de ésta.

Es por medio de ella ó sea la nefrorrafia que se trata de fijar el riñon en su alojamiento fisiológico ó muy cerca de éste, con el fin de inmovilizarlo y hacer desaparecer los desórdenes debidos á su gran movilidad.

Pero antes de fijar el riñon es necesario descubrirlo y para esto podemos seguir dos caminos; la via transperitoneal, intraperitoneal ó anterior y la via lumbar, extraperitoneal ó posterior.

La nefrorrafia transperitoneal es hoy dia casi completamente abandonada. *Albarran* dice que es más grave, más dificil y menos segura en sus resultados que la nefrorrafia lumbar.

La nefrorrafia extraperitoneal, es decir, la por la via lumbar es la única que actualmente se practica.

El modus operandi es el siguiente: el enfermo es acostado sobre el lado sano, la pierna de este lado extendida y la otra flexionada. Hay que hacer todo lo posible para hacer que la región lumbar haga la mayor prominencia y para aumentar la distancia que media entre la cresta iliaca y la 12ª costilla. Con este fin se coloca una almohada dura entre el plano de la cama y el flanco del enfermo.

El operador una vez agotados todos los cuidados que la asepsia y antisepsia aconsejan y previa anestesia general, comienza por reconocer por medio de la palpación los tres puntos de reparo siguientes: el

borde externo de la masa muscular sacro-lumbar, la cresta iliaca y la salida costal.

El borde externo de la masa sacro-lumbar se encuentra muy fácilmente; pero dado el caso de que no se encontrara (debido á la obesidad del paciente) tendremos que recurrir á una medida convencional, que es de cuatro traveses de dedo ó sea 8 á 9 cents. aproximadamente y que se miden hacia afuera á partir de la cresta de las apófisis espinosas lumbares.

La cresta iliaca también no ofrece dificultad, no hay más que buscar la espina iliaca antero-superior y de allí seguir hacia atras, es decir hacia la columna, el reborde oseo formado por el ileon.

La determinación de la última costilla suele algunas veces ser más dificultosa. En efecto *Holl*, *Farabeuf*, *Recamier*, que han estudiado con detenimiento esta cuestión, nos han demostrado que existen dos tipos muy distintos de 12ª costilla.

El primer tipo, nos es dado, cuando la 12ª costilla es larga y al mismo tiempo oblicua; en este caso siendo paralela á la 11ª su extremidad anterior se encuentra muy pronto.

El segundo tipo está representado por la 12ª costilla corta siendo al mismo tiempo horizontal; en este caso su extremidad se encuentra por delante con el borde inferior de la 11ª á la cual adhiere.

El riñon en el primer tipo está recubierto en gran parte por su cara posterior; mientras que en el segundo lo está muy poco.

Ahora bien, conociendo estos dos tipos se trata

de averiguar cuál es y dónde se encuentra la 12ª costilla.

Para esto se sigue con los dedos el contorno inferior del torax de adelante hacia atrás. Si se ha seguido bien el borde inferior de la costilla oblicua y larga que limita por abajo el torax, sino se ha sentido ninguna saliencia osea, es señal de que se ha palpado la 12.ª

Al contrario, si se ha sentido una saliencia, esto nos indica que se ha palpado la 11ª y que la saliencia no es más que la salida de la 12ª costilla. Nos hallábamos en presencia del 2° tipo costal.

Habiendo determinado todos estos puntos de reparo empecemos nuestra incisión.

Han sido propuestas varias: incisión vertical, incisión oblicua, incisión transversal ó de *Morris* y la recto-curvilinea ó de *Guyon*.

La vertical debe ser rechazada, tiene un gran inconveniente, el de no poder prolongarse hacia adelante en caso necesario por chocar con la cresta iliaca. No sucede lo mismo con las demas que pueden prolongarse á voluntad.

Morris hace su incisión transversal paralela á la 12ª costilla; partiendo un poco por dentro de la masa sacro-lumbar.

Guyon empieza al nivel del borde superior de la 12ª costilla (es decir la costilla oblicua y larga, la cual unas veces es la 11ª y otras la 12ª), sigue para abajo vertical y paralelamente al borde externo de

la masa sacro-lumbar y cuando llega á dos traveses de dedo por encima de la cresta iliaca, se recurba hacia adelante paralelamente á dicha cresta y en la extensión que reputa conveniente.

Simon procede de otra manera; hace una incisión que partiendo de la 12ª costilla llega á la cresta siguiendo una dirección oblicua hacia abajo. Esta es la incisión que preconiza *Tuffier* y que dá á *Postempsky* tan buenos resultados.

¿Cuál es la incisión que debe preferirse?

Tiene que ser aquella que en un caso dado, ya sea por error de diagnóstico ó por cualquier otra causa, se pueda prolongar hacia adelante seccionando la pared abdominal.

Supongamos que una vez hecha la incisión nos encontrásemos en presencia de un tumor ingertado en nuestro riñon movible y que dado su tamaño no pudiese pasar por la herida. Pues bien, con prolongar la extremidad inferior de la incisión se ha franqueado el obstáculo. La incisión que ofrece todas las ventajas bajo este punto de vista, es la de *Guyon*.

Es ésta la que se ha ejecutado en casi todas mis observaciones.

Elegido el procedimiento que se va á seguir, se hace el corte de la piel, del tejido celular sub-cutáneo y de algunas fibras musculares del gran dorsal, poniendo así á descubierto la aponeurosis del músculo transverso. Se corta ésta apareciendo debajo el borde anterior oblicuo hacia abajo y adelante del cuadrado

lumbar. Es necesario incindir la aponeurosis del transverso por fuera de la masa sacro-lumbar, de esta manera se evita la posibilidad de penetrar en la vaina de la última.

Si se percibe el nervio abdomino-genital, que corre por aquí, se le aisla y rechaza hacia adentro.

Por delante del transverso aparece una lámina celulo-fibrosa muy bien estudiada por *Zuckerkandl*, *Glantenay* y *Gosset* y que no es más que la hoja retro-renal de la fascia peri-renal. Aquí hay que tener la precaución de abrir esta membrana sobre una sonda acanalada llevada hacia el labio interno de nuestra incisión.

De este modo se evita el riesgo de abrir el peritoneo en su punto de reflexión hacia adelante.

Para dar más amplitud á nuestra incisión nos falta cortar el ligamento lumbo-costal de *Henle* hasta el borde inferior de la 12ª costilla y ponerla á descubierto.

Y otra precaución para evitar el inconveniente de abrir la cavidad pleural que baja hasta este nivel.

Para esto *Albarran* aconseja introducir un dedo debajo de aquel ligamento y rechazar hacia arriba todo lo que se encuentre bajo su cara profunda.

Al incindir la fascia peri-renal nos hallábamos en medio de la atmósfera adiposa que envuelve el riñon. Sabemos que lejos de faltar ó de estar en pequeña

cantidad, es al contrario hipertrofiada, pudiendo alcanzar y pasar los 3 cents.

Aquí todos los autores aconsejan resecar la grasa en toda la extensión del riñon á fijar. Para practicar esto nos podemos servir de una pinza y una tijera; pero como de este modo siempre se cortan pequeños vasos que sangran, es mejor hacerlo con los dedos como lo aconseja la experiencia. En efecto, sabemos que la capa de grasa es muy blanda, difluente, que hay muy pocos tractus fibrosos y por lo tanto la decorticación se hace muy fácilmente. Además al proceder con tijeras existe el inconveniente de poder abrir el peritoneo, sobre todo si se trabaja en la parte externa.

Para proseguir el curso operatorio es de suma necesidad que un ayudante comprima la pared abdominal de modo á hacer salir el riñon con su cápsula adiposa, facilitando así mucho el trabajo del operador. Veamos ahora lo que dice *Albarran* acerca de la resección de la grasa peri-renal: «constituye una precaución de la más alta importancia; si no se practicase esa pequeña maniobra, la grasa se interpondría, después de la fijación del riñon entre el órgano y la pared y se opondría á la formación de adherencias».

En otro punto dice: «es sobre todo hacia atrás que conviene despojar bien el riñon de la grasa que lo rodea, la cara anterior del cuadrado lumbar debe aplicarse directamente sobre la superficie desnudada del riñon sin interposición de ningun tejido».

Descubierto bien el riñon en su cara posterior se trata de fijarlo.

Tuffier, antes de fijar, reseca una buena parte de la capsula fibrosa propia, obteniendo así una superficie cruenta, que opone á la cara anterior del cuadrado lumbar. Dice que de este modo se hace una cicatriz en superficie, que asegura un éxito duradero.

Para dicha resección practica una incisión vertical en el borde convexo que va de un polo del riñon al otro, interesando tan solo la capsula fibrosa. En los puntos extremos de tal incisión practica otras dos transversales de 4 á 5 cent. que también interesen la capsula solamente. Levanta los dos colgajos y los reseca, quedando así una superficie cruenta, de forma cuadrilátera y de la longitud del riñon.

Guyon y su discípulo *Albarran* no tocan para nada la capsula propia y creen que su resección es simplemente inútil.

En las observaciones que publíco se ha seguido esta creencia. Para fijar el riñon hay que tener á mano catgut grueso y una aguja muy curva de *Hagedorn* ó mejor una aguja cilíndrica.

Algunos cirujanos entre los cuales está *Tuffier* pasan 4 á 5 puntos de catgut simples interesando el espesor de la pared lumbar menos la piel, la capsula, el parenquima renal y nuevamente el espesor de la pared lumbar. Tal procedimiento no es nada recomendable, pues al anudar un ansa sencilla de catgut, sucede que éste desliza facilmente y puede cortar el parenquima impidiendo su fijación.

Este inconveniente fué obviado por *Guyon*, por medio de un procedimiento que le es propio.

Guyon atraviesa el riñon en tres puntos, usando doble ansa de catgut y pasa á 1 centímetro de profundidad á contar de su borde externo.

La primera doble ansa la coloca en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores. La segunda en la parte mediana y la tercera al nivel de los 3/4 superiores con el cuarto inferior.

Despues de atravesar de adelante hacia atras, hace un doble nudo en los puntos de entrada y de salida de cada doble ansa que protege con pinzas á presión. De este modo al fijar no se ejercerá presión sobre el parenquima (puesto que los hilos no pueden correr) sinó sobre los nudos.

Una vez que el riñon ha sido puesto en buena posición y que se han hecho pasar las ansas se ejecutan los nudos superficiales.

La primera doble ansa es anudada á la 12ª costilla. Esta costilla es abrazada por los dos extremos anteriores del ansa, lo mismo por los dos posteriores. De este modo la costilla es abrazada por una doble ansa y al propio tiempo suspende el riñon.

La ejecución de este tiempo es de capital importancia y el cirujano obrando de conjunto con su ayudante no debe omitir esfuerzos de modo á dar una buena colocación al riñon dependiendo de todo esto el resultado operatorio.

Una aguja *Reverdin* es necesaria para pasar los extremos de las ansas detrás de la 12ª costilla.

Los extremos anteriores del ansa mediana son anudados entre sí, despues de haber atravesado nada más que la cara profunda de la pared muscular formada por el cuadrado lumbar. Para mayor seguridad se puede tomar una parte de la masa sacro-lumbar. Lo mismo se hace con los extremos posteriores.

La tercera ansa la anudamos de igual manera que la segunda.

En seguida se sutura con catgut en un plano la capa muscular superficial y la piel con crin de Florencia.

No hay necesidad de drenar en la mayor parte de los casos. Se coloca un vendaje antiséptico.

Consecutivamente á la nefrorrafia se aconseja el decúbito dorsal por lo menos durante 3 semanas, de este modo se asegura el contacto entre la pared lumbar y la cara posterior del riñon, formándose adherencias que hacen la fijación definitiva.

Si el operado es un individuo que se ocupaba en trabajos fatigosos, no se le debe permitir el retorno á éstos sinó despues de transcurrir 5 ó 6 meses.

INDICACIONES.—Hemos llegado á una cuestion en que las opiniones de los autores son las más variables. Unos no quieren operar cuando hay fenómenos nerviosos y digestivos muy marcados. Otros operan tan solo cuando la nefroptosis ha aparecido bruscamente.

Sin detenerme á examinar cada una de estas opiniones, me parece que esos autores han sido muy exclusivistas y se sabe que el exclusivismo en materia de medicina debe ser rechazado.

Casi todos los cirujanos y *Albarran* entre ellos, piensan que al principio del tratamiento es conveniente ensayar los aparatos ortopédicos, y operar cuando éstos no dan resultado.

Sin embargo podemos distinguir dos casos distintos.

1° Es el caso de enteroptosis coincidiendo con el riñon movible. Aquí hay que atenerse á las cinturas. Tan solo hay que operar en los casos que haya acciden-

tes que dependan clara y exclusivamente de la movilidad renal y que la ortopedía no ha podido remediar. Aun así hay que prescribir el uso de una cintura despues de la operación.

2° Es el caso de riñon movible simple que determina accidentes. Aquí tambien se puede ensayar la cintura. Si ésta no suprime los accidentes hay que operar. Si los hace cesar se puede dejar á voluntad del enfermo la elección entre una cintura y la operación (salvo contra-indicación).

Sin embargo no es dado operar todos los riñones movibles que determinan accidentes, en efecto, se sabe que éstos son muy variados. Vamos á examinarlos.

El síntoma dolor es el que desaparece con más facilidad (88 °/₀ de los casos) y se entiende, pues depende exclusivamente de la anormal movilidad renal.

Los síntomas gastro-intestinales son menos favorecidos como se puede ver en mis observaciones.

Los fenómenos nerviosos no desaparecen casi nunca despues de la operación. Y se explica, si recordamos su interpretación patogénica (histero-traumatismo, neurastenia traumática). Por eso es conveniente no operar en estos casos, sinó despues de haber agotado todos los recursos que la ortopédia nos ofrece.

En efecto, se han observado enfermos en quienes el acto operatorio había contribuído á agravar los fenómenos neuropáticos ya existentes.

Finalmente creo de mucha oportunidad transcribir lo que dice *Albarran* de las indicaciones operatorias:

« 1° Cuando existen fenómenos dolorosos ó digestivos de orden mecánico, ensayar el vendaje. Si los accidentes desaparecen con el aparato ortopédico dejar al enfermo la elección entre la operación y la cintura. Si el vendaje no dá resultados: operar.

2° Cuando hay accidentes de neurosis histérica ó neurasténica ensayar el vendaje y no operar sinó cuando éste no dá resultados.

3° En los casos de enteroptosis atenerse al vendaje y no operar sinó cuando el riñon móvil determina por sí mismo accidentes serios que están fuera del recurso de la ortopedia. Y aun así aconsejar el vendaje después de la operación.

4° Cuando un riñon móvil no determina accidentes, aconsejar la cintura ortopédica».

Es muy prudente la conducta de prescribir en cualquier caso una cintura antes de operar; en efecto, sabemos que la cintura mejora bastante la sintomatologia del riñon móvil; pero yo creo que no lo cura, puesto que no pone en salvo al enfermo de las complicaciones que pueden sobrevenir (estrangulamiento renal, hidronefrosis), complicaciones que dependen únicamente de la movilidad renal anormal y que serán prevenidas con la fijación del riñon en su sitio fisiológico, todo lo cual se consigue tan solo con la operación.

En conclusión, deduzco que todas las veces que la ortopedia ha dado buenos resultados, la operación los dará mejores y con toda seguridad. Digo *mejores* puesto que por medio de la operación bien ejecutada

fijamos definitivamente el riñon con resultado duradero, lo que no sucede con los aparatos ortopédicos que fijan el riñon temporariamente, el cual vuelve á su sitio de dislocación primitiva una vez retirados.

Digo con toda seguridad, de éxito habría que añadir; porque la operación es de las más inocuas. Y para demostrar esto, dejemos que hablen las estadísticas. De 374 operaciones reunidas por *Albarran*, se ha tenido 7 muertes antes de los cuatro meses consecutivos á la operación. De estos 7, tan solo 4 se atribuyen á la operación y todavía en 3 de éstas 4 se trata de complicaciones infecciosas que podrían haberse evitado. Lo que nos dá tan solo 1 % de mortalidad. Con razón se la puede comparar con las operaciones más benignas de la cirugía.

FIGURA DEMOSTRANDO LOS 2 TIPOS COSTALES

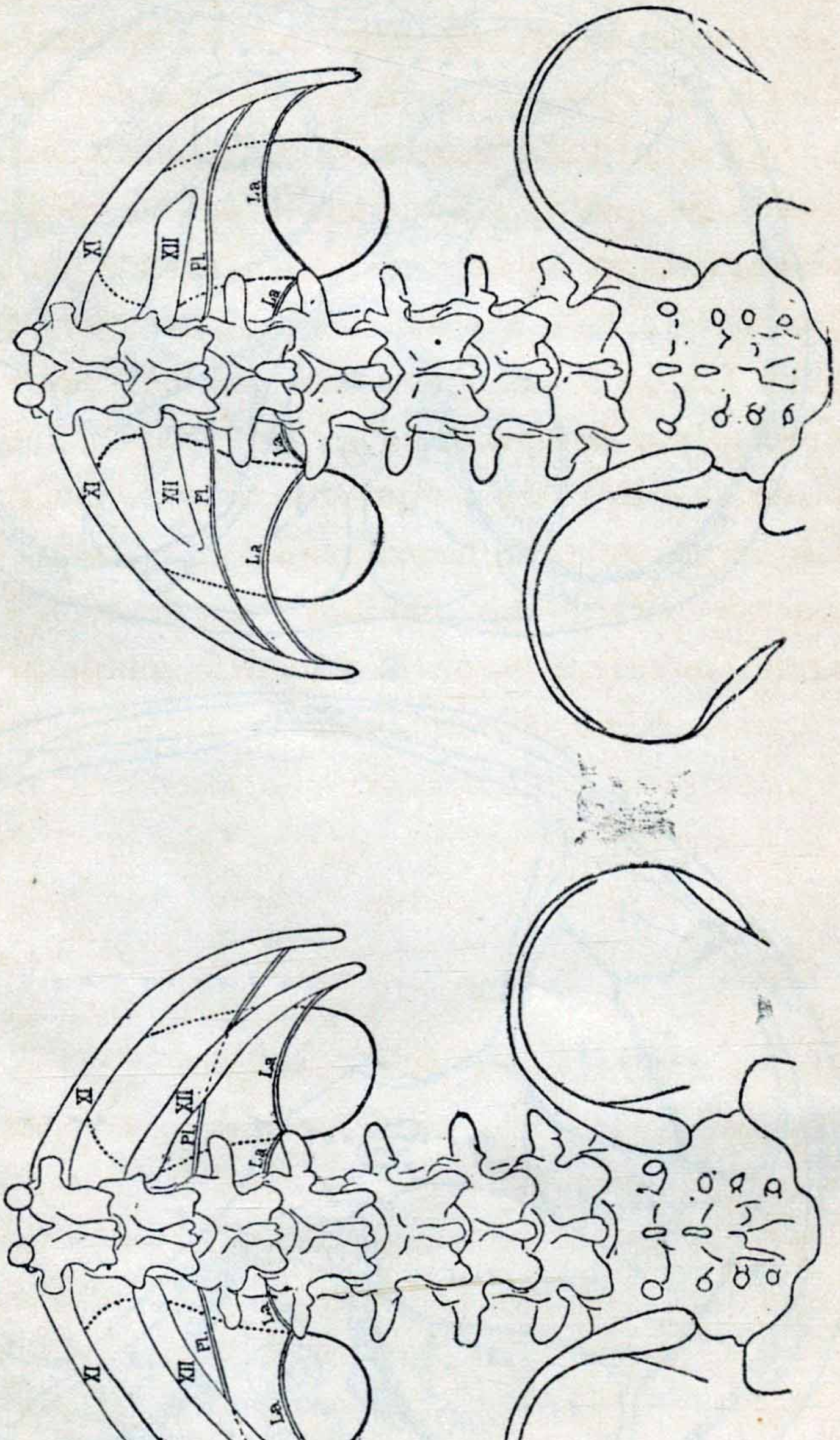


Fig 2

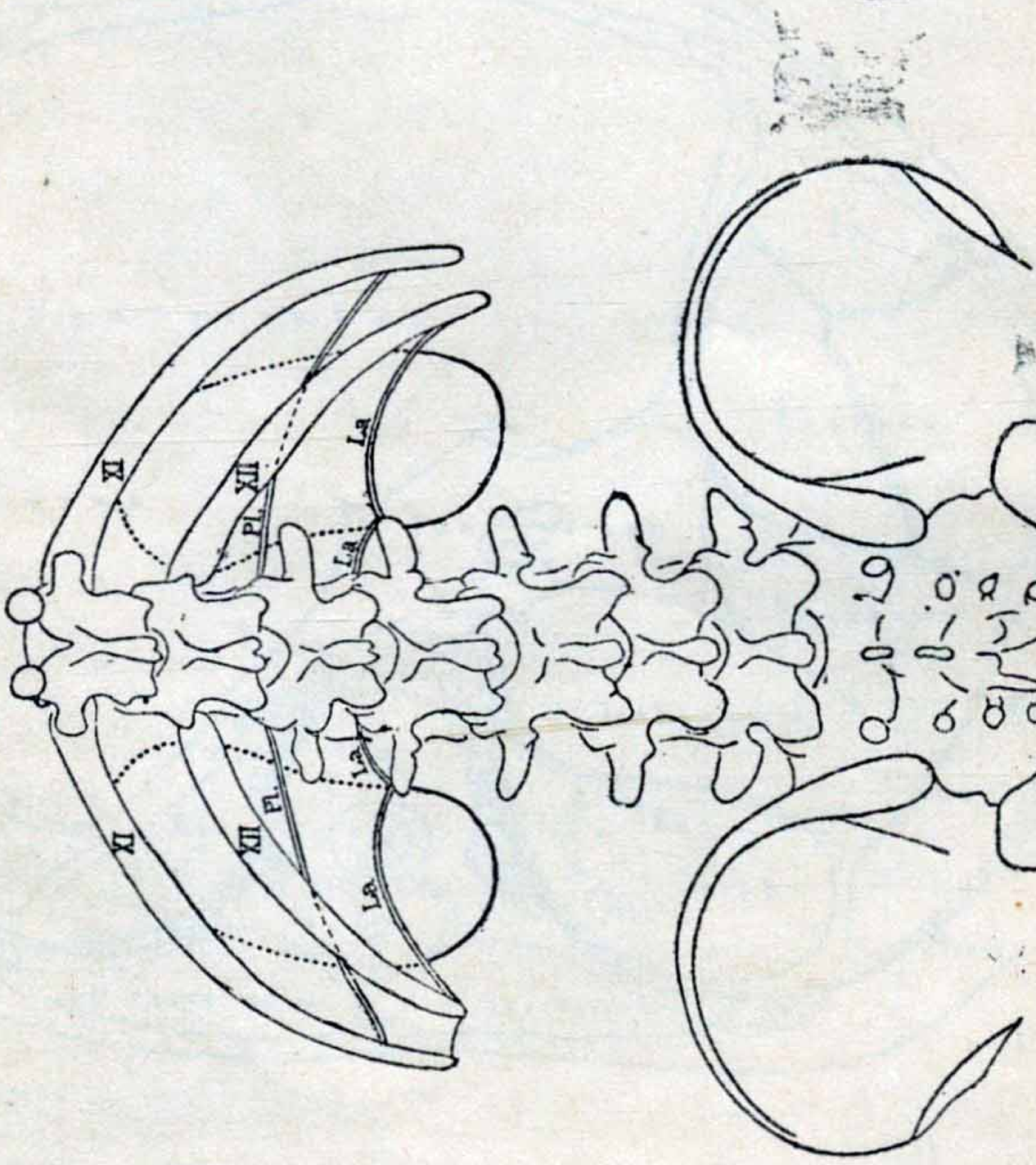


Fig. 1

Fig. 1.

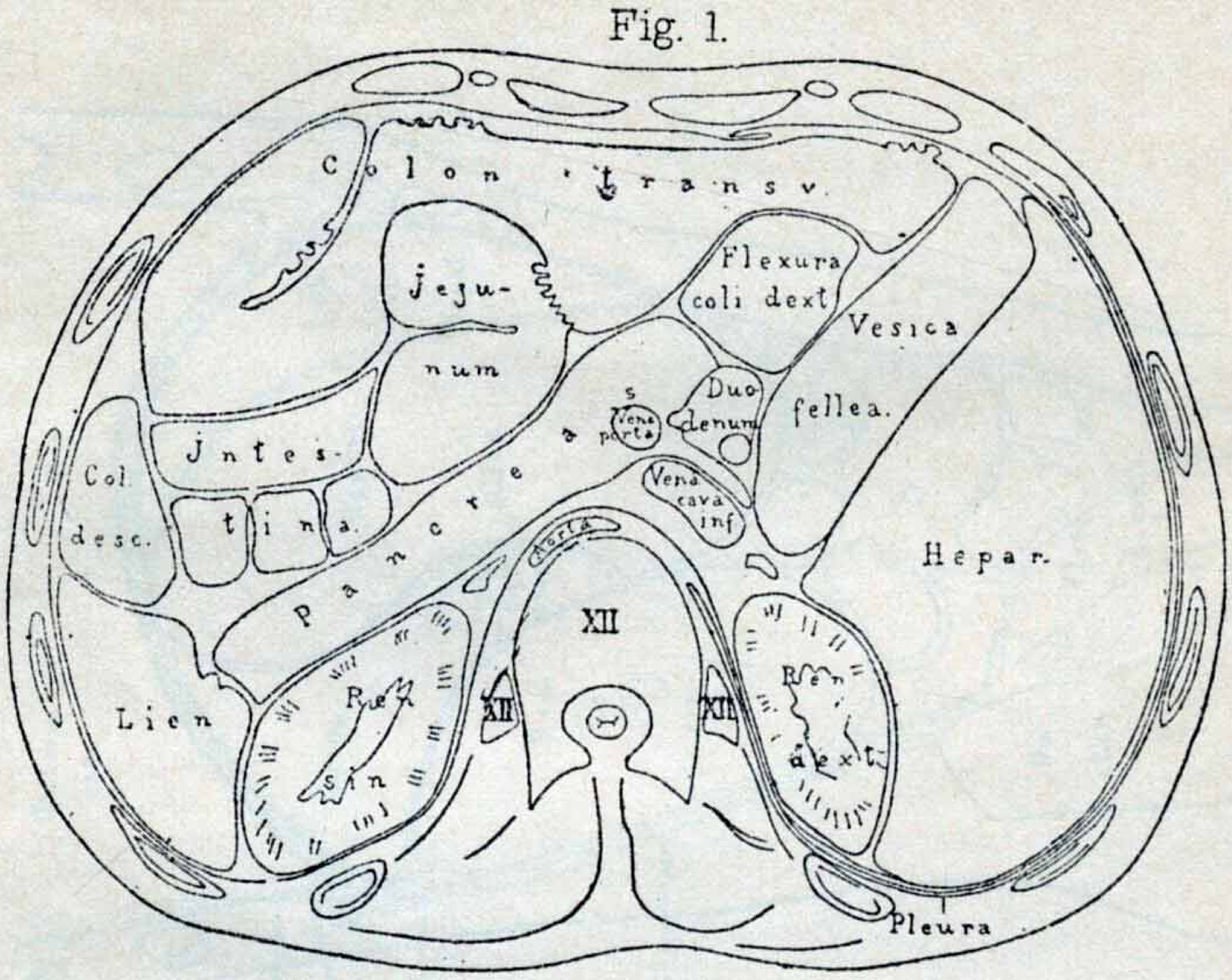

Colon transv.
Jeju-
num
Flexura
coli dext
Vesica
fellea.
Duo
denum
Vena
porta
Vena
cava
inf
Jntes-
tina.
Col.
desc.
Pancreas
Hepar.
Lien
Ren
sin.
Ren
dext.
XII
Pleura

Fig. 2.

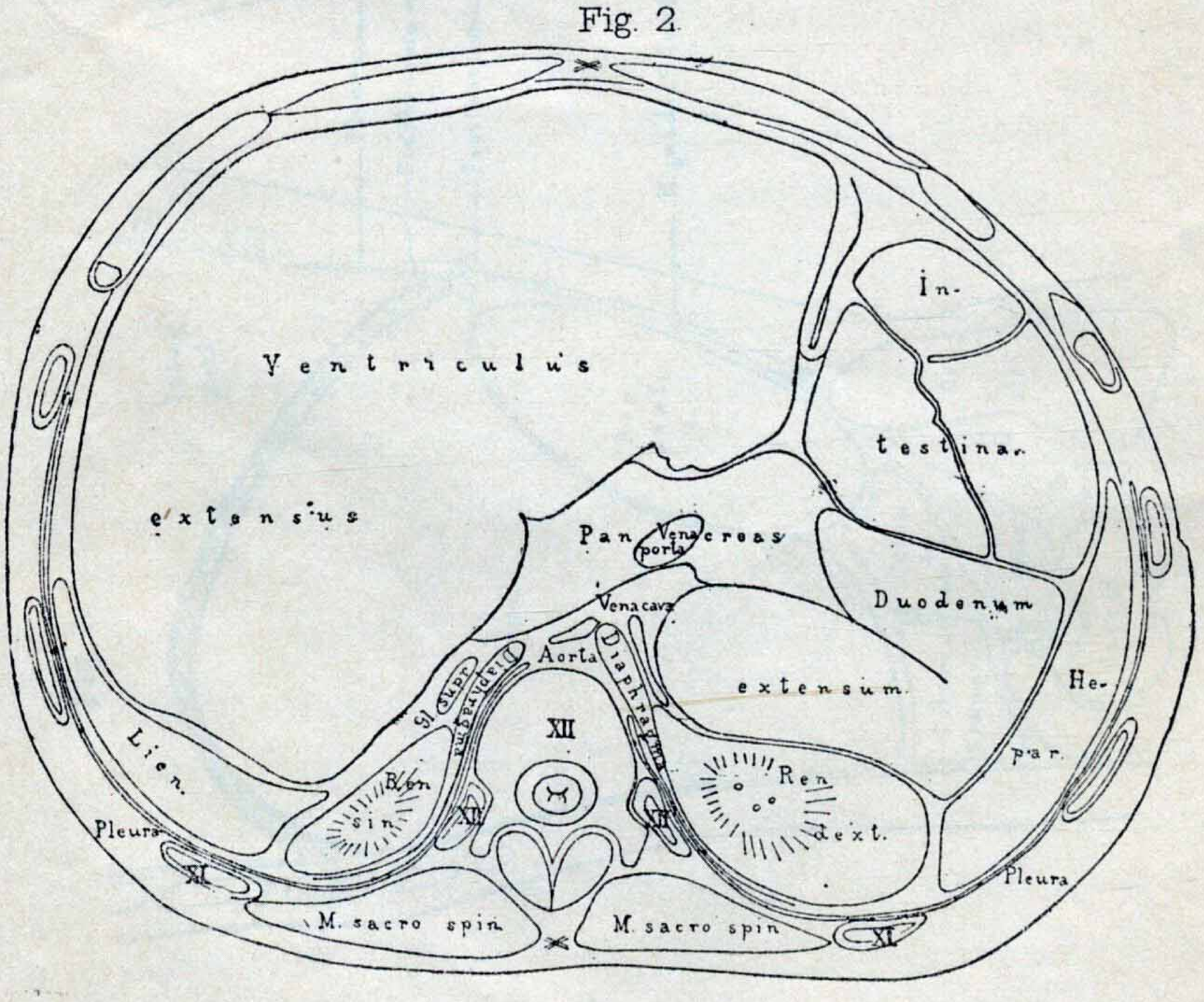

Ventriculus
extensus
In-
testina.
Pan
creas
Vena
porta
Vena cava
Duodenum
Aorta
Diaphragma
Lien.
Ren
sin.
Ren
dext.
XII
Pleura
M. sacro spin.
M. sacro spin.
XI
XI

Fig. 1

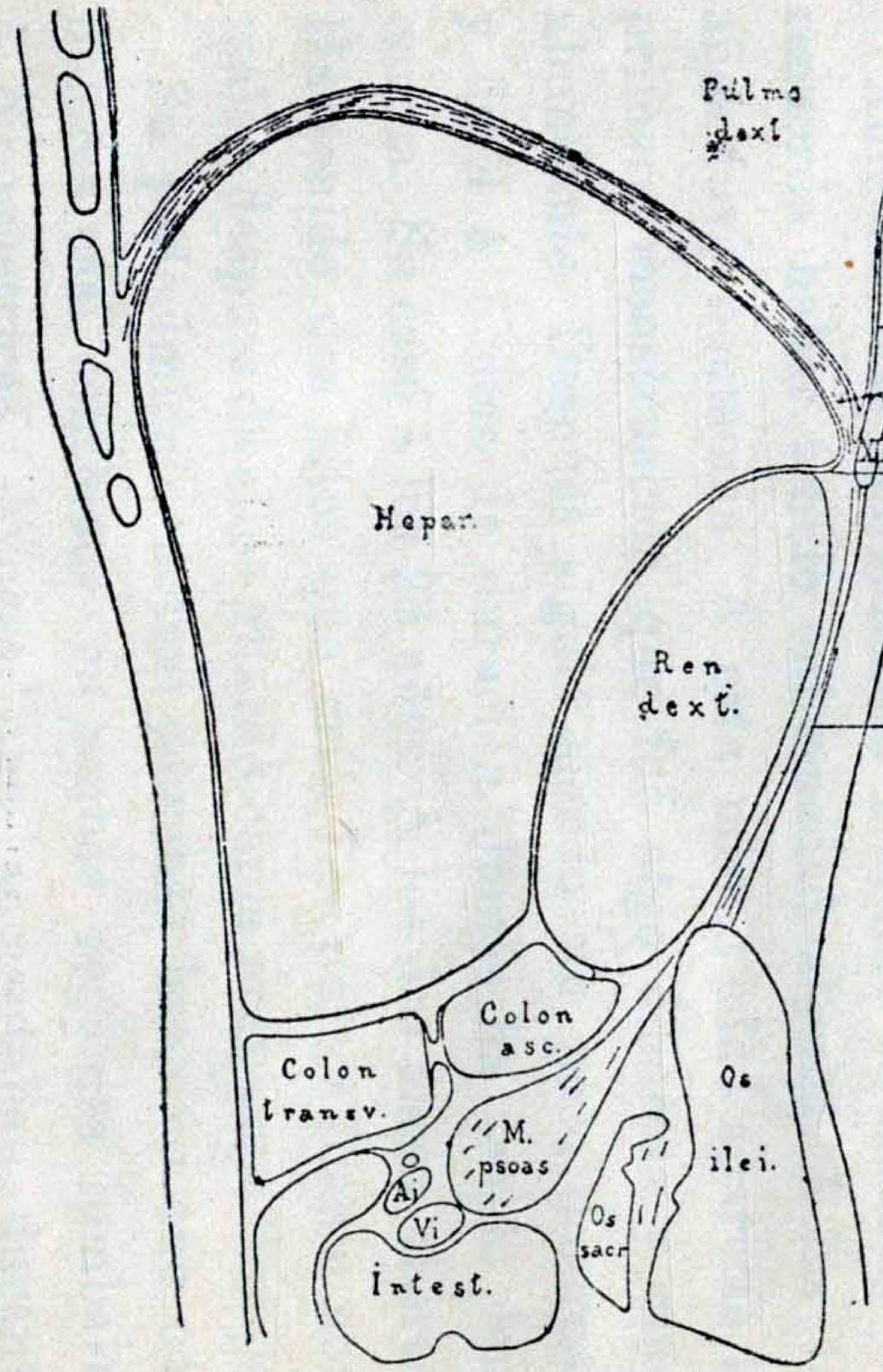
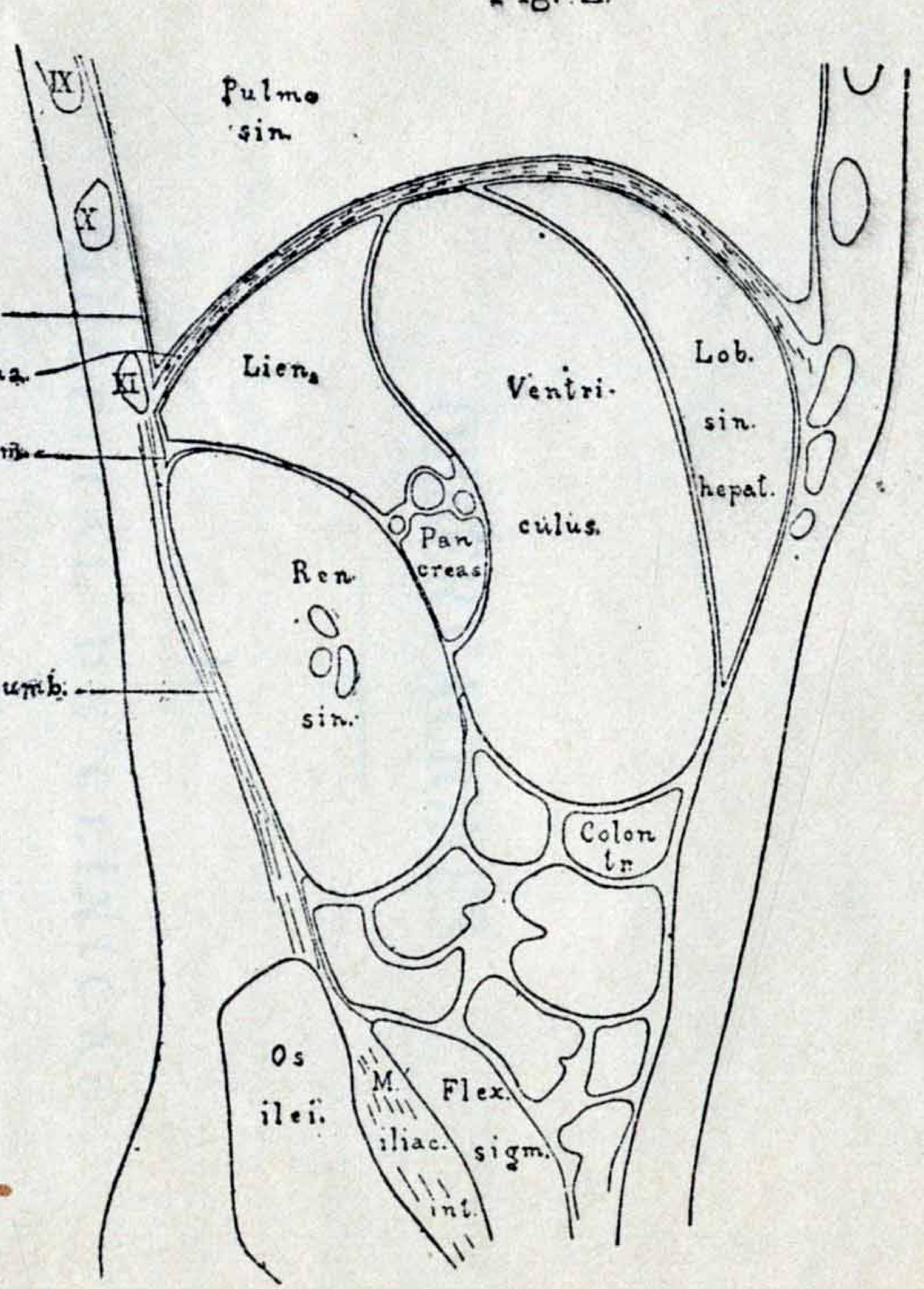

Pulmo dext.
XI
VI
Pleura.
Diaphragma.
XII
Peritoneum.
Hepar.
Ren dext.
M. quadrat. lumb.
Colon asc.
Colon transv.
M. psoas
Os ilei.
Ai
Vi
Os sacr.
Intest.

Fig. 2.


Pulmo sin.
IX
X
XI
Lien.
Ventri-culus.
Lob. sin. hepat.
Pan creas.
Ren sin.
Colon tr.
Os ilei.
M. iliac. int.
Flex. sigm.

OBSERVACIONES

I.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Servicio del Dr. E. Bazterrica.

R. T. de 33 años, española, casada, q. d.

Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes individuales. Durante su infancia no recuerda haber tenido enfermedad alguna. A los 18 años tuvo neumonia. A esta misma edad apareció la primera menstruación que fué algo dolorosa y muy abundante. Despues siguió siendo un poco dolorosa y de 4 á 5 días de duración. Jamás ha tenido leucorrea. Se casó á los 28 años. A los dos meses abortó. Ha tenido dos hijos que crió. Los partos fueron normales; despues de ellos guardó cama muy poco tiempo.

Su padecimiento actual comenzó hace un año con dolores casi contínuos en ambas regiones lumbares é hipogastricas, dolores que aumentaban durante la menstruación y el trabajo.

Padecía tambien de frecuentes dolores de estómago á veces en forma de verdaderas crísis.

Ha sido siempre muy constipada y en estos últimos tiempos tiene leucorrea. Es muy irritable.

Es por este conjunto de síntomas que ingresó al servicio de la Sala 10 el 11 de Mayo del año p. p.

Estado actual.—Enferma en regular estado de nutrición, bien constituída, regular panículo adiposo. Abdomen tenso, aplanado, con músculos bien desarrollados.

En ambas regiones de los flancos, hacia la parte anterior de éstos se palpa con la ayuda del método bimanual un tumor, liso, oblongo de arriba abajo y de afuera adentro, movible y que escapa á la presión de la mano.

El derecho desciende más que el izquierdo, avanzando un tanto hacia el hipogastrio.

La micción se cumple normalmente. Los análisis de la orina no nos revelan nada de particular. Constipación muy grande.

Los genitales y demás órganos normales.

Se hace diagnóstico de riñon flotante doble.

El dia 25 de Junio se opera del lado izquierdo. Se practica la incisión de *Morris*, se descubre el riñon y se fija á la pared lumbar por medio de tres puntos de catgut. Se sutura el plano muscular con catgut y la piel con crin.

A los 8 días se levanta la curación; habiendo supurado un punto de crin. Al mes se levanta, continuando los dolores, aunque algo atenuados.

El 1° de Agosto se ejecuta la nefrorrafia del lado derecho haciendo la incisión y el procedimiento de *Guyon*. A los 9 días se retiran los puntos estando la herida perfectamente cicatrizada.

Se la hace levantar al mes de operada habiendo desaparecido en gran parte los fenómenos dolorosos y digestivos.

Actualmente se encuentra bien; aunque es siempre de carácter irritable. Esta observación es muy interesante; pues sabemos cuán raros son los casos de doble riñon flotante.

II.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Servicio del Dr. E. Bazterrica.

C. G. de 32 años, italiana, soltera, costurera.

Antecedentes hereditarios. La madre murió á consecuencia de una hernia estrangulada. Sus hermanas sanas.

Antecedentes personales.—Ha tenido sarampión cuando chica. Su primera regla á los 17 años; regular, abundante, no dolorosa y de 3 á 4 días de duración. Sigue regular hasta el presente.

Hace remontar el origen de su padecimiento actual de 10 años á esta parte.

Empezó á sentir un dolor profundo al nivel de las

regiones lumbar y del flanco del lado derecho con irradiaciones hacia el hipocondrio del mismo lado. Dicho dolor aumentaba con los esfuerzos y la locomoción. El decúbito dorsal lo mitigaba. Al mismo tiempo notaba una sensación como de un cuerpo que se desplazase en su cavidad abdominal.

Padecía de frecuentes erutos ácidos. A veces de gastralgias.

Dice que el apetito ha disminuído últimamente y que ha adelgazado mucho.

Por todo lo cual ingresó á dicho servicio el 7 de Setiembre.

Estado actual. Enferma bien constituída, regular panículo adiposo y en buen estado de nutrición.

Abdomen un poco abovedado, tenso, depresible.

Ayudado de la palpación bimanual se percibe en la region de la fosa iliaca derecha un tumor redondeado, firme, indoloro y movible hacia arriba y afuera.

Este tumor se palpa mejor haciendo poner de pié á la enferma.

Micción y defecación normales. — El examen de la orina no dá elementos anormales.

Diagnóstico — Riñon flotante derecho.

Operación 30 de Setiembre. Anestesia clorofórmica. Incisión de *Guyon*. Sutura con catgut.

No hay accidentes post-operatorios. La enferma se levanta á las tres semanas y media.

Se palpa el riñon completamente fijo en su fosa.

III.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Servicio del Dr. E. Bazterrica.

M. B. de L. de 27 años, argentina, casada, q. d.

Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes individuales. Ha tenido fiebre tifoidea á los 5 años de edad. No dice haber padecido de otra enfermedad. Regló por primera vez á los 15 años. Despues aparecían regularmente; pero siempre un poco dolorosas. Hace 2 años padeció de leucorrea abundante. Tuvo 1 hijo y ningun aborto.

Dice que hace 10 años sufre de dolores sub-continuos en la región del hipocondrio derecho, sintiendo al mismo tiempo en la región del flanco como un tumor doloroso que desaparecía con el decubito dorsal ó cuando lo apretaba Hace 2 años que ese tumor no se mueve.

Despues del parto que ha tenido lugar hace 9 meses siente dolores en el vientre, ardores de estómago, regurgitaciones ácidas, digestiones difíciles y sequedad de vientre. Sufre hace mes y medio de fuertes dolores de cabeza.

Ingresó al servicio del *Dr. Bazterrica* el 29 de Setiembre.

Estado actual: Enferma fuerte, bien constituída y en buen estado de nutrición.

Abdomen depresible, abovedado y con bastante panículo adiposo.

En el lado derecho del vientre, ocupando gran parte de la región anterior del flanco derecho, se palpa un tumor liso, redondeado y alargado. No movible y un poco doloroso.

Si percutimos profundamente por delante, al nivel del tumor, notamos sonido sub-mate, si se hace la percusión superficial se nota sonoridad timpánica.

Los demás órganos son normales.

El tacto vaginal nos dá una ligera metritis con anteversión. — Micción y orinas normales.

Diagnóstico. — Riñon derecho desplazado.

Se practica la operación el 25 de Octubre. — Se hace la incisión de *Guyon*. Al tratar de poner á descubierto la 12ª costilla, se abrió la cavidad pleural, la sutura inmediata remedió dicho accidente.

Al descubrir el riñon hubo que debridar, cortando bastantes adherencias que lo mantenían fijo muy abajo y por delante del cuadrado lumbar.

Una vez aislado se aproximó á su alojamiento normal fijándolo en éste por 3 puntos de catgut.

Se sutura el plano muscular y la piel.

No hubo que lamentar ningun accidente post-operatorio. Al mes se levanta la enferma.

Los fenómenos dolorosos y digestivos que la enferma acusaba, han mejorado muchísimo y la enferma se encamina paulatinamente á una franca mejoría.

IV.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Servicio del Dr. E. Bazterrica.

E. M., de 36 años de edad, casada, inglesa, se ocupa en los quehaceres de su casa.

Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes personales. — Tuvo escarlatina á los 5 años. Regló por primera vez á los 18, fué abundante, no dolorosa, apareciendo regularmente hasta el presente. Ha tenido 8 hijos y un aborto. Los partos fueron normales, habiendo criado sus hijos ella misma. No recuerda haber tenido ninguna enfermedad, salvo la que presenta actualmente.

Hace remontar el origen de ésta al mes de Junio del año próximo pasado. Por este tiempo empezó á sentir un dolor sordo y contínuo en la región del flanco derecho, coincidiendo al propio tiempo un principio de embarazo. A los tres meses siguientes aborta, despues de lo cual la intensidad de los dolores aumenta, viniéndose á aumentar éstos con todos los fenómenos del sindroma uterino. Ingresó á la Sala 10ª y se le efectúa un raspado de la matriz. Lejos de experimentar alguna mejoría, los dolores persisten en el flanco derecho, con irradiaciones hacia la región lumbar y fosa iliaca derecha bajo la forma de puntadas y sensación de quemadura.

El dolor, á veces, se exacerbaba apareciendo verdaderas crísis dolorosas acompañadas de escalofríos, anxiedad, sudores, cefalalgia, etc.

Presenta además fenómenos gástricos muy pronunciados: intolerancia estomacal, vómitos.

Existen tambien accidentes nerviosos histeriformes.

Ultimamente la marcha se hace con dificultad, debido á los accidentes dolorosos y se alivia muy poco con la posición horizontal.

Estado actual.—Es una mujer robusta, bien constituída, de regular estatura y de regular panículo adiposo.

Abdomen algo abovedado, bien desarrollados sus músculos, los cuales debido á su gran contractilidad, han hecho imposible el examen bimanual, sin la ayuda de la anestesia clorofórmica.

De esta manera se palpaba un tumor oblongo en el sentido vertical, liso, firme, convexo hacia abajo y afuera, situado en la región del flanco derecho, siguiendo una línea que partiera de la extremidad anterior de la última falsa costilla, habría llegado á la parte media del arco de *Poupart*.

Este tumor era movible y se deslizaba hacia arriba, desapareciendo debajo del hígado. Se palpaba muy bien su extremidad inferior que se dirigía hacia adelante.

Los demas órganos normales.

Tiene amenorrea. Es muy constipada. Sus orinas examinadas no tienen nada de anormal.

Se hace diagnóstico de riñon derecho flotante y se procede á la operación el 18 de Abril del corriente año.

Una vez anestesiada y agotados todos lo recursos de la antisepsia, se ejecuta la incisión de *Guyon*, se separa la grasa peri-renal, se aproxima el riñon á su alojamiento fisiológico, y se fija por medio de tres puntos de catgut.

Se sutura el plano muscular con catgut y la piel con crin de Florencia.

Nada de particular durante el curso de la operación.

Se retiran los puntos superficiales á los 8 dias; estando la incisión perfectamente cicatrizada.

Ningun accidente post-operatorio, la enferma se levanta al mes de operada.

Muy mejorada. Los dolores han desaparecido, lo mismo que los fenómenos gástricos; aunque persisten los nerviosos.

V.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Servicio del Dr. E. Bazterrica.

A. V. de A., 62 años, francesa, casada, cocinera.
Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes personales. — Dice haber padecido de viruela allá por el año 1871 y fiebre amarilla por el 1893. Su vida genital se inició á los 17 años: la menstruación duró 3 dias, fué un poco dolorosa y en escasa cantidad. Despues aparecían regular-

mente; pero siempre escasas y algo dolorosas. Ha tenido 9 hijos que crió y ningun aborto. A los 51 años empezó la menopausa. Desde hace 7 meses empezó á experimentar, una sensación de molestia indefinible, en la región del flanco derecho y del hipocondrio del mismo lado, que atribuye á un esfuerzo que hizo. Esta molestia fué transformándose poco á poco en dolor que aumenta durante la marcha y la estación vertical prolongada.

Al mismo tiempo, notó la aparición de una pequeña eminencia redondeada en el ombligo, que podía reducir ella misma; haciéndose más grande cuando tosía ó hacía esfuerzos voluntariamente. También se hacía más tensa durante dichos esfuerzos.

Ha padecido, además, de neuralgias y palpitaciones.

Por todo lo cual ingresó á la Sala 10 el 4 de Abril del corriente año.

Estado actual. Enferma bien constituída, buen esqueleto, regular estado de nutrición.

Abdomen aplanado y flácido.

A la palpación bimanual del flanco derecho, se nota un tumor reniforme, liso, de consistencia firme, movible con los movimientos respiratorios ó con la presión de las manos. Está situado un poco por debajo de las falsas costillas y es parcialmente reductible.

El ombligo está ocupado por una eminencia del tamaño de un huevo de gallina, timpánica á la percusión, perfectamente reductible con los dedos, apareciendo de nuevo con los esfuerzos de la enferma.

Se hace diagnóstico de hernia umbilical y de riñon movible derecho.

Se practica la resección del ombligo y del saco herniario con fecha 8 de Mayo.

El 23 de Junio se le efectúa la operación de la nefrorrafia conformemente con el procedimiento de *Guyon*.

Ningún accidente post-operatorio. La enferma se levantó al mes de operada.

Examinándola se percibe el riñon perfectamente fijado en la fosa lumbar.

Los dolores antiguos han desaparecido, siguiendo la enferma el camino de una rápida mejoría.

VI.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Servicio del Dr. E. Bazterrica.

M. C., de 30 años, española, soltera, q. d. Antecedentes hereditarios sin importancia. Antecedentes individuales. No recuerda haber tenido enfermedad alguna durante su infancia. Regló á los 15 años en bastante cantidad, duró 3 días, siendo acompañada de dolores que la inquietaron mucho. Posteriormente, por lo general, se atrasaban un tanto, no siempre acompañadas de dolores, de 5 días de duración y en regular cantidad. Tuvo un hijo. Desde hace 6 meses se siente de tiempo en tiempo incomodada por do-

lores erráticos cuya forma no puede bien definir y que se apoderan de su hipocondrio derecho, de su epigastrio unas veces y otras de su región lumbar é hipogastrio. Pero los dolores que más la molestaban tenían por sitio las regiones lumbar y epigástrica. Estos dolores desde hace dos meses se han hecho casi contínuos, impidiéndole toda clase de trabajo; pues todo movimiento brusco ó cualquier ejercicio tienden á despertarlos avivándolos más y más. Al mismo tiempo notaba que al nivel del flanco derecho iba apareciendo como un tumor que ella misma señalaba, movible y doloroso á la presión.

Desde que sufre dolores ha notado que su carácter se hizo distinto. Actualmente es muy irritable y cualquier nimiedad basta para encolerizarla.

Estado actual. Enferma bien constituída, regular panículo adiposo, estatura mediana. Abdomen tenso, abovedado, elástico.

Al nivel de la región del flanco derecho y avanzando un poco sobre la inguinal del mismo lado, se palpa un tumor liso, del volúmen más ó menos de un puño y que se desplaza hacia arriba con bastante facilidad, desapareciendo debajo de las falsas costillas. Es doloroso á la presión.

Los demás órganos normales.

Apetito algo disminuído, muy constipada, orina muy frecuentemente.

El exámen de la orina no nos revela ningun elemento anormal.

Se diagnostica riñon derecho movible.

Se opera el 17 de Julio, siguiendo el método de *Guyon*. A los 8 días se retiran los puntos de crin superficiales, cicatriz por primera.

Muy mejorada, es dada de alta al mes de la operación.

VII.

HOSPITAL RAWSON

Servicio del Dr. J. F. Molinari.

C. T., de 20 años, soltera, argentina, mucama, q. d. Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes individuales. A los 10 años tuvo sarampión. A los 17 se atendió en la Casa de Aislamiento de neumonia. Regló á los 8 años, sin novedad, consecutivamente sus reglas aparecían con regularidad, algunas veces en pequeña cantidad.

Su padecimiento actual dice datar de un año á esta parte y lo atribuye á un golpe sufrido á consecuencia de una caída sobre el costado. Se inició con dolores pungitivos que ocupaban toda la región del flanco derecho, con irradiaciones hacia el hipocondrio y fosa iliaca del mismo lado. Estos dolores aumentaban de intensidad con la estación de pié y con el trabajo; pero se apaciguaban con el uso del corsé y con el decúbito horizontal.

Dice que el apetito ha disminuído mucho en estos

últimos tiempos. Ingresó al Hospital en el mes de Mayo del presente año.

Estado actual. Mujer pequeña, en un estado de nutrición muy malo, muy demacrada.

Abdomen algo escavado, depresible y elástico. Se ve sobresalir la saliencia del reborde costal y la del pubis y crestas iliacas.

A la inspección atenta, la enferma de pié, se nota una pequeña prominencia del lado derecho, cuya dirección es oblicua hacia atrás y arriba, que no alcanza la línea mediana y que ocupa una buena parte del flanco y una pequeña de la fosa iliaca.

A la palpación bimanual, hecha también la enferma de pié, se siente un tumor que ocupa aquella prominencia, liso, no doloroso, movible hacia atrás donde se le puede fijar con la mano que palpa; pero que al retirar esta, vuelve á su posición primitiva. También se siente que sigue los movimientos respiratorios.

Apetito muy disminuído, muy constipada.

La orina tiene todos sus elementos normales disminuídos en cantidad. Demás órganos normales.

Diagnóstico.—Riñon derecho movible.

Operación.—Día 3 de Junio. Anestesia clorofórmica. Antisepsia pre-operatoria rigurosa. Se hace la incisión de *Morris*, paralela á la última costilla, de más ó menos 14 centímetros. Se descubre y se fija el riñon por el método de *Guyon*. Se retira el crin á los 8 días, cicatriz por primera. Decúbito dorsal durante un mes.

La enferma se levanta completamente bien, habiendo desaparecido todos los fenómenos dolorosos y mejorado mucho su pésimo estado de nutrición.

He tenido ocasión de observar la enferma en estos últimos días, la que se encuentra completamente restablecida y por medio de la palpación me he dado cuenta de la fijeza del riñon después de la nefrorrafia.

VIII.

HOSPITAL RAWSON

Servicio del Dr. J. F. Molinari.

J. S., de 28 años, casada, argentina, q. d.

Antecedentes hereditarios. Su madre murió de cancer á los 48 años. Su padre murió, ignora la causa. Tiene cinco hermanos sanos.

Antecedentes individuales. Cuando muy chica, tuvo pulmonía. A los 10 años sarampión. Regló por primera vez á los 14 años perfectamente bien. Posteriormente las reglas se hicieron irregulares, casi siempre atrasadas, algo dolorosas y en escasa cantidad. Se casó á los 20 años. A los 4 meses de casada sufrió un ataque de cólico hepático, estando con ictericia durante unos 15 días. Después de esto sentía sensación de plenitud estomacal al empezar á comer, dolor en el hueco epigástrico, erutos ácidos,

pirósis, etc. Es al mismo tiempo muy constipada. Más tarde notó dolores en las caderas, con irradiaciones á los muslos, leucorrea, ardores durante la micción, etc., es decir, toda la fenomenología del sindroma uterino. Su padecimiento actual, dice que data del mes de Febrero; se inició con sensación de peso en la región del flanco derecho, sensación que califica no de dolor, sinó de molestia, de estorbo. Dice que esta molestia desaparece con el decúbito horizontal. Además cuenta que desde que se hizo enferma se ha hecho muy nerviosa. Sufre con frecuencia de neuralgias, cefaleas, palpitaciones, etc.

Estado actual: Enferma delgada, bien constituída, regular panículo adiposo.

Abdomen aplanado y depresible. Al nivel del flanco derecho, debajo de la última costilla se palpa un cuerpo oblongo, duro, sensible á la presión y algo móvil. Se siente mejor estando la enferma en posición vertical.

Practicando el tacto vaginal, se siente el útero en anteversión, con cuello grande, irregular y algo doloroso. Los anexos son normales.

La micción se efectúa bien. El análisis de las orinas no dá nada de particular.

Es muy constipada. Los demás órganos sanos.

Diagnóstico.—Metritis y riñon derecho movible. Se le hizo un raspado de la matriz el 27 de Mayo. El 30 de Junio el Dr. Molinari le practica la nefrorrafia de *Guyon*.

Durante los primeros días que siguieron á la ope-

ración hubo timpanismo abdominal y dolores al nivel de la región operada.

Pero todo esto desapareció. A los 8 días se levanta la curación y se retiran los puntos de crin. Cicatriz perfecta. Decúbito dorsal durante un mes.

Se dá de alta en estado de mejoría bastante avanzada.

SILVIO E. PARODI.

Buenos Aires, Agosto 5 de 1899.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.

Acidimetría del jugo gástrico.

II.

Con el método de Hayem-Winter no se dosa, ni el ácido clorhidrico libre, ni el combinado.

III.

La gastroptosis es una causa de estrechez pilórica.

Buenos Aires, Agosto 5 de 1899.

Nómbrase á los Señores: Académico Dr. Leopoldo Montes de Oca, Profesor Titular Dr. Alejandro Castro, Profesor Suplente Dr. Diógenes Decoud para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

J. T. BACA.

LUIS M. ACUÑA.

Buenos Aires, Agosto 17 de 1899.

SEÑOR DECANO:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Sr. S. E. Parodi.

«En el local de la Facultad, á 16 de Agosto de 1899, reunidos «los que suscriben, encargados de dictaminar respecto de la «admisibilidad de la tésis presentada por el ex alumno Silvio «E. Parodi, que versa sobre "Nefrorrafia", resolvieron ad-«mitirla. Con lo que terminó el acto.»

«*Firmados:* LEOPOLDO MONTES DE OCA—A. CASTRO—D. DECOUD.

Zenón Aguilar.

LUIS M. ACUÑA.

Buenos Aires, Agosto 17 de 1899.

Entréguese esta tésis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

J. T. BACA.

LUIS M. ACUÑA.